



Les établissements de santé à l'épreuve de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

Agathe-Marianne Mouillac Mouillac-Delage

► To cite this version:

Agathe-Marianne Mouillac Mouillac-Delage. Les établissements de santé à l'épreuve de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences. Droit. Université Montpellier I, 2014. Français. NNT : 2014MON10033 . tel-01198716

HAL Id: tel-01198716

<https://theses.hal.science/tel-01198716>

Submitted on 14 Sep 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE

Pour obtenir le grade de
Docteur

Délivré par l'**Université Montpellier 1**

Préparée au sein de l'école doctorale
Droit et Science politique
Et de l'unité de recherche
UMR 5815 dynamiques du droit

Spécialité : **Droit privé et sciences criminelles**

Présentée par **Agathe-Marianne MOUILLAC-DELAGE**

**LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ A
L'ÉPREUVE DE LA GESTION
PRÉVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES
COMPÉTENCES**

Soutenue le 26 novembre 2014 devant le jury composé de

M. Antoine LECA, Professeur, Université
Aix-Marseille III

Rapporteur

M. Jean-Marc MACÉ, Professeur, Conservatoire
National des Arts et Métiers Paris

Rapporteur

M. Bruno SIAU, Maître de conférence habilité à
diriger des recherches, Université Montpellier 1

M. Rodolphe BOURRET, Directeur Général Adjoint,
CHRU Montpellier

M. François VIALLA, Professeur, Université
Montpellier 1

Directeur de thèse

Résumé en français : Les établissements de santé à l'épreuve de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences.

Les Ressources Humaines représentent l'élément le plus important et le plus coûteux des soins de santé. Anticiper les besoins en Ressources humaines par le biais d'une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC), représente aujourd'hui un enjeu fondamental, dans un contexte sanitaire, social et médico-social en pleine mutation. Consacrée par la « loi Borloo », la « GPEC » est souvent perçue comme une notion paradoxale, à double visage, dont les contours mal définis lui confèrent de multiples interprétations. Souvent considérée comme un simple mécanisme obligatoire, source de sanction et de contentieux jurisprudentiel, la « GPEC » doit pourtant être vue « autrement ». S'il est vrai qu'elle est parfois le signe avant-coureur de restructurations à venir, elle est avant tout une véritable « démarche » prévisionnelle et opérationnelle, permettant d'anticiper et gérer les besoins en ressources humaines, dans le but de développer les activités des établissements de santé et d'assurer la qualité de la prise en charge des patients.

Titre et résumé en anglais : health facilities faced with the management of jobs and skills.

Human resources represent the most important and most expensive part of health care. Anticipating the need for human resources through a forward planning of jobs and skills (FPJS), represents, today, a fundamental challenge in a health, social and medico-social context undergoing profound mutation. Established by the « law Borloo », « FPJS » is often seen as a paradoxical notion with a double face, of which the unclear contours, confer on it, multiple interpretations. Often considered as a simple obligatory mechanism, source of sanction and jurisprudence litigation, nevertheless, « FPJS » has to be seen « differently ». If it's true that it's sometimes the first sign of restructuring, it is, above all, a real predictive and operational « approach » to anticipate and manage the human resource needs, in order to develop activities of health facilities and ensure the quality of patients care.

Discipline :

Droit privé et sciences criminelles.

Mots-clés :

Gestion prévisionnelle ; établissement de santé ; compétences ; ressources humaines.

Management Planning ; health facilities ; skills ; human resources.

Intitulé et adresse de l'U.F.R. ou du Laboratoire :

UMR 5815 dynamiques du droit. Faculté de droit, Université Montpellier 1, 39 rue de l'université, 34060 Montpellier Cedex (France).

« La Faculté n’entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur »

REMERCIEMENTS

J'adresse tout d'abord mes sincères remerciements à mon directeur de thèse, Monsieur le Professeur François VIALLA, pour la confiance qu'il m'a accordée en acceptant de diriger ce travail, pour ses précieux conseils et sa disponibilité.

Mes remerciements vont également à Messieurs les Professeurs Jean-Marc MACÉ et Bruno SIAU, pour leur participation au jury et pour avoir contribué par leurs remarques et suggestions à améliorer la qualité de ce travail. Je leur en suis très reconnaissante.

Je remercie vivement, Monsieur le Professeur Antoine LECA et Monsieur Rodolphe BOURRET, pour m'avoir fait l'honneur de participer à mon jury de soutenance.

Enfin, je tiens à remercier ma famille pour leurs encouragements tout au long de ces années de recherche. A mon père, pour sa traque assidue et rébarbative d'éventuelles « *coquilles* ». A Jeanne-Elise, pour ses conseils avisés. Merci à David, pour sa patience, son soutien et sa bonne humeur. A Pâris et Emerson.

SOMMAIRE

Première partie

LA GPEC, UNE CONTRAINTE JURIDIQUE POUR L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Titre premier. Une contrainte juridique à la qualification aux contours incertains

Chapitre premier. Une qualification aux contours mal définis

Chapitre second. Une démarche d'anticipation au cœur du changement

Titre second. Une contrainte juridique source de contentieux

Chapitre premier. La GPEC et le contentieux de la négociation

Chapitre second. La GPEC et le contentieux des restructurations

Seconde partie

LA GPEC, UNE OPPORTUNITÉ STRATÉGIQUE POUR L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET LE TERRITOIRE DE SANTÉ

Titre premier. Une opportunité stratégique au niveau de l'établissement de santé

Chapitre premier. Une démarche stratégique visant à améliorer la qualité du service rendu aux personnes

Chapitre second. Une démarche stratégique au savoir-faire ambivalent

Titre second. Une opportunité stratégique au niveau du territoire de santé

Chapitre premier. La GPEC Territoriale, une démarche subsidiaire territoriale et partenariale

Chapitre second. La GPEC Territoriale, une « Géographie » Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

PRINCIPALES ABRÉVIATIONS

ANAES Agence nationale d'accréditation des établissements de santé

ANI Accord national interprofessionnel

ANPE Agence nationale pour l'emploi

AP-HP Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

ARH Agence régionale d'hospitalisation

ARHIF Agence régionale d'hospitalisation d'Ile-de-France

ARS Agence régionale de santé

Art. Article

Ass. Plén. Assemblée plénière

Bull. civ. Bulletin des arrêts la Cour de cassation : chambres civiles

C.A. Cour d'appel

C. action. soc. fam. Code de l'action sociale et des familles

Cass. civ. Cour de cassation, chambre civile

Cass. crim. Cour de cassation, chambre criminelle

Cass. soc. Cour de cassation, chambre sociale

C.C. Conseil constitutionnel

CCE Comité central d'entreprise

C. civ. Code civil

CE Comité d'entreprise

C.E. Conseil d'Etat

CEDH Cour européenne des droits de l'Homme

CEREQ Centre d'études et de recherches sur les qualifications

Chron. Chronique

C. déont. médicale. Code de déontologie médicale

CHT Communauté hospitalière du territoire

Concl. Conclusions

CPOM Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

C. sécurité. soc. Code de la sécurité sociale

C. travail. Code du travail

D. Recueil Dalloz

DGOS Direction générale des hôpitaux

DIF Droit individuel à la formation

Dir. Sous la direction de

DMP Dossier médical partagé

DP Délégué du personnel

DPC Développement professionnel continu

DRH Directeur des ressources humaines

Dr. soc. Droit social

DS Délégué syndicale

éd. Edition

et alii et autres

EPP Evaluation des pratiques professionnelles

EPDR Etat des Prévisions des Recettes et des Dépenses

Fasc. Fascicule

FEHAP Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs

FMC Formation médicale continue

FHP Fédération de l'hospitalisation privée

GAEC Gestion anticipative des emplois et des compétences

Gaz. Pal. Gazette du palais

GCS Groupement de coopération sanitaire

GCSMS Groupement de coopération social et médico-social

GHM Groupe homogène de malades

GPMC Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

GPPEC Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences

GPECT Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences territoriale

GRH Gestion des ressources humaines

HAS Haute autorité de santé

IDE Infirmier diplômé d'Etat

IGAS Inspection générale des affaires sociales

IRES Institut de recherches économiques et sociales

In Dans

JCP G Juris-classeur périodique édition Générale

JO Journal officiel

L.G.D.J Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence

LPA Les petites affiches

Méd. et Dr. Revue Médecine et Droit

n° numéro

Obs. Observations

OMS Organisation Mondiale de la Santé

ONM Ordre national des médecins

Op. cit. *opere citato* (dans l'ouvrage précité)

PSE Plan de sauvegarde de l'emploi

Préc. précité

PUF Presses Universitaires de France

PUR Presses Universitaires de Rennes

RCA Revue responsabilité civile et assurances

RDS Revue droit et santé

RDSS Revue de droit sanitaire et social

RGDM Revue générale de droit médical

RGDA Revue générale de droit des assurances

RH Ressources humaines

RHF Revue hospitalière de France

RIDC Revue internationale de droit comparé

ROME Répertoire opérationnel des métiers et des emplois

RTD civ. Revue trimestrielle de droit civil

T.C. Tribunal des conflits

TIC Technologie de l'information et de la communication

URCAM Unions régionales des caisses d'assurance maladie

INTRODUCTION

« Nul ne peut se prétendre médecin s'il ne connaît pas les bases de l'astrologie ».

Hippocrate, *La loi, VIII.*

« Le meilleur médecin me paraît être celui qui sait connaître d'avance. Pénétrant et exposant au préalable, près des malades, le présent, le passé et l'avenir de leur maladie, expliquant ce qu'ils omettent, il gagnera leur confiance ; et convaincus de la supériorité de ses lumières, ils n'hésiteront pas à se remettre à ses soins. »

Hippocrate, *Le pronostic*

1. De l'astrologie invitant à la prédiction, au pronostic médical, les praticiens ont toujours tenté d'entrevoir l'évolution d'une maladie, de la mort à la guérison du patient. A l'instar de ces professionnels, l'établissement de santé d'aujourd'hui se doit de jeter un regard vers l'évolution des structures hospitalières et des compétences médicales de demain, afin d'anticiper la gestion de son organisation. Dans ce continuum, la démarche GPEC, « *Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences* », menée au sein des établissements de santé, consiste à anticiper l'avenir au moyen de prévisions et de perspectives. Cette méthode de gestion dite « *anticipative* », nous conduit à porter un regard attentif sur les établissements de santé à l'épreuve de la GPEC.
2. La démarche GPEC repose sur deux composantes de l'anticipation destinées à concevoir l'avenir : la continuité, c'est-à-dire la prévision et la rupture, en d'autres termes la prospective. La prévision repose sur l'extrapolation du présent et du passé. Basée sur une logique de continuité à court terme, elle n'est que le prolongement dans le futur d'invariants. A l'inverse, la prospective est une démarche pluridisciplinaire qui se construit. Elle ne cherche pas à prévoir l'avenir mais à élaborer des scénarii à partir de données disponibles. La

prospective exploratoire identifie les ruptures et discontinuités, pour envisager plusieurs futurs possibles, en fonction de l'environnement démographique, économique ou politique.

3. Aujourd'hui, « *L'opposition entre prévision et prospective a progressivement cédé la place à une complémentarité croissante* »¹. Il s'agit de deux notions additionnelles ayant pour dessein commun, le futur. Dès lors, peu importe l'appellation donnée à la notion : gestion « *prévisionnelle* », « *préventive* », « *anticipative* », ou « *prospective* ». L'objet de notre étude sera de nous intéresser à l'anticipation dans le cadre de la « *GPMC* », « *Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences* », propre aux établissements sanitaires ou médico-sociaux et ainsi de nous détacher de la vision plus traditionnelle de la GPEC telle qu'elle est étudiée sous l'angle du droit du travail. En effet, l'absence de consensus autour de l'acronyme témoigne de la portée du sujet, intéressant diverses disciplines et sciences, telles que la gestion des ressources humaines, le droit social, mais plus encore, le droit de la santé et la géographie de la santé.
4. Au cours de cette étude, nous désignerons sous l'appellation « *établissement de santé* », l'ensemble des établissements des secteurs sanitaire, sociaux et médico-sociaux. En effet, la santé, en tant qu'« *état complet de bien-être physique, mental et social* »² s'exprime de manière extensive, dans toutes les dimensions biologique, sociale ou psychologique. La « *convergence* » entre les secteurs est manifeste, notamment depuis que la loi HPST a reconfiguré le cadre juridique de l'action sociale. Dès lors, au regard de ces éléments, il semblait évident d'établir une connexion entre la GPEC des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, que nous regrouperons sous l'appellation « *établissements de santé* ».
5. Afin de bien comprendre le cadre de cette recherche, il convient de nous intéresser au contexte international et historique entourant la notion. L'approche internationale, révélant la pénurie des ressources humaines en santé au niveau mondial, démontre qu'il s'agit d'un sujet d'actualité, récurrent, dont les enjeux dépassent de loin le cadre de nos frontières. De même, l'approche historique, démontre l'antériorité de cette problématique ayant progressivement évolué au gré des structures hospitalières et de la démographie médicale. (Section I).

¹ F. HATEM, B. CAZES, F. ROUBELAT, *La prospective Pratiques et Méthodes*, Economica. 1993.

² Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin - 22 juillet 1946, signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*, n°. 2, p. 100. Précisons que la définition n'a pas été modifiée depuis 1946.

6. Cette approche préalable nous permettra d'apprécier les regards portés sur la « GPMC » par les sciences s'intéressant à la notion. Il s'agira ici de dépasser le cadre consensuel de la GPEC en tant qu'objet de droit social, pour l'envisager sous l'angle novateur du droit de la santé (Section II). Ces différentes étapes nous permettront d'apprécier le cadre de notre étude (Section III)

Section 1. Le contexte international et historique

§1 : Le Contexte international : Problématique des ressources humaines en santé au niveau mondial

7. « *Pas de santé sans ressources humaines* ». Cette « *vérité universelle* »³ scandée par l'OMS en novembre 2013, à l'occasion du 3^{ème} forum mondial sur les ressources humaines en santé, illustre la problématique à laquelle les nations sont aujourd'hui confrontées : la pénurie mondiale de personnel en santé.
8. « *Ressource première de la production de soins* », l'agent de santé représente la clé de voûte du système, sans laquelle l'aide internationale et les progrès dans la bientraitance des populations ne pourraient se matérialiser. Qu'ils agissent dans les pays développés, émergents ou en voie de développement, force est de constater que « *les agents de santé sauvent des vies* »⁴ et assurent le lien nécessaire entre ressources médicamenteuses ou vaccinales et action sanitaire.
9. Révélé par l'OMS en 2006, dans son rapport sur la santé dans le monde « *Travailler ensemble* », le déficit en ressources humaines est estimé à plus de 4.3 millions de soignants à travers le monde, dont 1 million en Afrique subsaharienne.
10. Epicentre de cette crise mondiale, le continent Africain est le théâtre d'inégalités criantes, où se concentre seulement 3% du personnel sanitaire mondial, pour un taux de

³ OMS, *Une vérité universelle : Pas de santé sans ressources humaines*. Novembre 2013.

⁴ OMS, *Travailler ensemble pour la santé. Rapport sur la santé dans le monde*. 2006. p. 4. Genève.

morbidity exponentiel de 24%⁵. La question confine alors à celle de l'accès aux soins. La forte progression des flux migratoires des pays du sud via les pays du nord, conjuguée à une déjà très faible densité de médecins sur le territoire de ces pays en voie de développement, ou pudiquement dits « *en devenir* », est très préoccupante et nécessite qu'une réflexion s'engage autour d'un débat éthique sur des thèmes tels que : « *la fuite des cerveaux des pays en voie de développement* » ou « *le devoir d'assistance à peuples en danger* »⁶. Ce phénomène d'exode des personnels médicaux et infirmiers, pénalise directement ces pays démunis, qui se trouvent ainsi vidés des forces vives indispensables à leur propre développement, attirées par le miroir d'un Eldorado providentiel des pays du nord, effectivement plus attractif en termes d'émolument et de qualité de vie. Selon les chiffres publiés par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en 2013⁷, les médecins formés dans d'autres pays représentent 9% des médecins régulièrement inscrits au tableau de l'Ordre. Ces derniers ne sont pas nécessairement de nationalité étrangère⁸. En effet, pour contourner le *numerus clausus*, beaucoup d'étudiants français obtiennent leur diplôme en Belgique, Roumanie ou Bulgarie. De nombreux médecins étrangers viennent également combler le manque de praticiens hospitaliers. La majeure partie de ces médecins sont d'ailleurs salariés dans la fonction publique. Ils exercent moins souvent en profession libérale en raison notamment de la complexité de l'installation en cabinet. Avant d'être inscrit à l'Ordre, ces praticiens titulaires d'un diplôme extra-européen, sont souvent « *attachés associés* » ou « *assistants-spécialistes* ». Sous ce statut, ils gagnent en moyenne 40% de moins que leurs confrères Français. Ces professionnels représentent donc un intérêt certain pour les établissements, permettant de recruter hors frontière, une main d'œuvre qualifiée à moindre coût.

11. Dès lors, l'éthique semble devoir imposer aux pays industrialisés de lutter contre le débauchage massif des ressources humaines des pays les plus en difficultés. Cette forme de migration internationale aggravant le fossé nord/sud, appelle à la mise en œuvre d'une coopération internationale en termes de gestion des ressources humaines, fondée notamment

⁵ OMS, *op. cit.* p. 7.

⁶ M. BETTATI, *Le devoir d'assistance à peuples en danger*. Le Monde diplomatique, avril 1980. <http://www.monde-diplomatique.fr/1980/04/BETTATI/35531>.

⁷ CNOM, *Atlas national de la démographie médicale*, Ed. 2013.

⁸ J. BARUCH et L. CLAVREUL, *Les médecins retraités et étrangers de plus en plus nombreux*. http://www.lemonde.fr/societe/article/2013/06/05/medecins-retraites-et-diplomes-etrangers-contribuent-a-augmenter-le-nombre-de-medecins-recenses_3423919_3224.html.

sur le Code pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé.⁹

12. Pour autant, qu'il me soit permis de m'interroger sur l'anachronisme d'une situation aussi paradoxale. La majeure partie des pays « *en devenir* », particulièrement l'Afrique, est assise sur une potentielle « *manne* » naturelle, tant en son sous-sol qu'en sa surface. Les « *richesses* » du pays, indispensables à tout essor de développement, pourraient ici jouer, un rôle positif prépondérant, permettant à terme de former un nombre massif de personnel médical autochtone qualifié, puis fidélisé sur sa terre : le flux migratoire des cerveaux pourrait alors s'inverser, les compétences des pays du nord attirés à leur tour vers un Eldorado du sud.
13. En tout état de cause, au regard de l'évolution des flux migratoires et des crises sanitaires successives, de type « *vache folle* », grippe aviaire, SRAS¹⁰ ou EBOLA, il semble plus que nécessaire de « *collaborer pour que chacun, dans tous les villages, partout dans le monde, puisse compter sur un agent de santé motivé, qualifié et bien soutenu* »¹¹. Ces propos, tenus par le docteur LEE JONG WOOK viennent s'inscrire dans la logique des objectifs du millénaire pour le développement¹², notamment en termes de réduction de la mortalité infantile, d'amélioration de la santé maternelle et de combat contre les maladies telles que le VIH/SIDA et paludisme.
14. C'est eu égard à ce défi, que consécutivement aux forums de KAMPALA¹³ et de BANGKOK¹⁴, le 3^{ème} forum mondial sur les ressources humaines convoqué à Récife du 10 au 13 novembre 2013, tend à promouvoir la création d'une couverture sanitaire universelle.

⁹ Résolution WHA63.16.

¹⁰ Syndrome Respiratoire Aigu Sévère lié au coronavirus.

¹¹ Dr LEE Jong-wook, Forum de haut niveau, Paris, novembre 2005. Directeur général de l'OMS.

¹² Les objectifs du millénaire pour le développement recouvrent 8 objectifs que l'ensemble des états membres des Nations-Unies ont convenu d'atteindre d'ici 2015. Adoptés en 2000 à New-York, ces programmes cibles visent à réduire l'extrême pauvreté et la faim, assurer l'éducation primaire pour tous, promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, réduire la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle, combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies, préserver l'environnement, et mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

¹³ Le premier forum mondial sur les ressources humaines pour la santé, intitulé « *Action pour les personnels de santé, c'est le moment d'agir* », s'est tenu à KAMPALA en OUGANDA du 2 au 7 mars 2008. A cette occasion, les participants ont adopté la Déclaration et le Programme de KAMPALA pour une action mondiale.

¹⁴ Le deuxième forum mondial intitulé « *De KAMPALA à BANGKOK. Passer en revue les progrès accomplis, renouveler les engagements* » s'est déroulé du 25 au 29 janvier 2011.

« Accès équitable aux services de santé », « qualité », et « protection financière »¹⁵, sont les maîtres mots de ce dispositif représentant pour les peuples les plus vulnérables, « l'espoir d'être en meilleure santé sans s'appauvrir »¹⁶.

15. La performance des systèmes de santé dans le monde, s'appuie donc sur le suivi des effectifs, et l'évaluation des compétences du personnel de santé, entendu comme « l'ensemble des personnes exerçant des activités dont l'objet essentiel est d'améliorer la santé »¹⁷.
16. Considérée par l'OMS comme étant un domaine d'action prioritaire, la gestion des ressources humaines doit contribuer à renforcer les systèmes de santé, via l'élaboration d'une planification stratégique à vocation de promouvoir la qualité du service et l'équité dans l'accès aux soins. Ce modèle de gestion anticipative des ressources humaines trouve son homologue en droit Français, à travers le dispositif juridique « GPEC » propre au secteur sanitaire. Dès lors, en France, anticiper les besoins en Ressources humaines, élément à la fois coûteux mais précieux des services de santé, représente aujourd'hui un enjeu fondamental, dans un contexte sanitaire, social et médico-social en pleine mutation.

§2- Contexte historique

17. A l'instar de la législation du travail, la GPEC est marquée du sceau de la flexibilité. Née « dans le giron » des ressources humaines, elle a su s'adapter à son environnement économique et social pour évoluer d'une simple Gestion Prévisionnelle du Personnel (GPP) à un véritable dispositif juridique de Gestion Prévisionnelle et Préventive des Emplois et des Compétences (GPPEC), encadré et adaptable au secteur sanitaire.
18. La GPEC telle que nous la connaissons aujourd'hui est donc le fruit d'un long parcours historique conjuguant gestion des ressources humaines, droit du travail, droit de la

¹⁵ OMS, *Plaidoyer pour la couverture sanitaire universelle*, p. 11. Selon l'OMS, « La couverture sanitaire universelle existe lorsque tout individu a accès aux services de santé de qualité dont il a besoin sans être exposé à des difficultés financières ». D. EVANS, R. ELOVAINIO, G. HUMPHREYS, OMS. *Rapport sur la santé dans le monde, 2010 – Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*. Genève, OMS, 2010.
<http://www.who.int/whr/2010/fr/>, consulté le 12 novembre 2013.

¹⁶ http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/. *Financement de la santé et couverture universelle - Qu'est-ce que la couverture universelle?*

¹⁷ OMS, *op. cit.*

santé, mais également géographie de la santé. Ce n'est qu'au prix de l'improbable combinaison de ces quatre disciplines que la GPEC peut aujourd'hui officier au sein des établissements de santé. Sans doute faut-il s'intéresser à l'évolution historique de cette notion complexe, empreinte de transdisciplinarité, parcourant diverses sciences, sans même se soucier des frontières entre chacune d'elles.

19. Pour établir la filiation entre ces quatre composantes, il convient de rappeler qu'à l'origine, la GPEC est une notion issue de la sphère RH, légitimée par la législation du travail en 2005. Devant l'intérêt que représente une telle pratique, le champ sanitaire a progressivement adopté la démarche en l'adaptant au particularisme de ses établissements et du droit de la santé. A ce titre, la géographie de la santé apparaît comme étant un outil spécifique indispensable à la GPEC territoriale, permettant de diagnostiquer les inégalités spatiales, d'anticiper les fractures de demain et ainsi tendre vers l'équité et la justice sociale dans l'accès aux soins. Dès lors, s'il est reconnu que les premières hypothèses de GPEC en tant que telles, sont apparues dans les années 1930, l'histoire de la démographie médicale et des hôpitaux, démontre que les origines de la notion sont bien plus anciennes qu'elles n'y paraissent.
20. Les prémices d'une gestion des ressources humaines en santé se sont forgées au gré de l'évolution des structures hospitalières, de la gestion des grandes épidémies et du contrôle de la compétence des médecins. En effet, s'il est acquis que l'hôpital a toujours évolué, de la charité vers l'assistance universelle, du pouvoir local vers le pouvoir national ou de l'hébergement vers le soin, il faut reconnaître que le lieu d'implantation des établissements a toujours été source de migration pour les professionnels de santé, à l'origine de la formation de déserts médicaux ou de zones sur médicalisées. Ces mutations de l'organisation hospitalière impactent directement la démographie des professionnels de santé et sont à l'origine des premières traces de gestion des ressources humaines, « à chaud » ou « à froid », en réaction à une situation de crise ou en prévention des difficultés à venir. Dès lors, pour bien comprendre les enjeux auxquels doit répondre la GPEC aujourd'hui, jetons un regard vers l'offre de soins et les structures hospitalières d'hier.

I- Evolution des lieux d'implantation des structures médiévales

21. Les premières institutions hospitalières ont fait leur apparition au début de l'ère chrétienne sur le fondement de la charité, *la carita*, envers les plus faibles et les plus malheureux. Se faisant l'écho des paroles de l'évangile, le message chrétien appelle à davantage d'actes de charité, de bienfaisance, et d'hospitalité car le pauvre est image du christ. Saint Paul l'exprime ainsi : « *De riche qu'il était, il s'est fait pauvre pour vous, afin de vous enrichir de sa pauvreté* »¹⁸. L'accueil du plus humble représente donc pour le chrétien, l'occasion de sauver son âme en accomplissant un acte de piété. Dans le nouveau testament, l'épître de Jacques rappelle : « *portez secours aux malades et toute récompense viendra de Dieu* »¹⁹. C'est à ce titre que fut fondé l'un des premiers hospices en Cappadoce²⁰ par Basile de Césaré. Le *Grenier de bonté*, ou *ptôcheion*²¹, archétype même de *xenodocheion*²², accueillant et soignant pauvres et voyageurs.
22. Fort de cet esprit, le concile de Nicée, en 325 après Jésus Christ, commande aux évêques d'installer dans chaque ville des *xenodochium*, pour héberger et soigner les voyageurs et les pauvres. La misère de plus en plus présente dans les villes est à l'origine de l'implantation de l'hôpital dans la Cité. Dès lors, les premiers hôtels Dieu voient le jour en Gaule Romaine en 549 à Lyon, puis en 651 dans l'évêché de Paris.
23. Peu à peu, l'Eglise va administrer ses pauvres à travers des *matricula*, listes nominatives de personnes : les *matriculii*. Au fil des ans, les matriculaires désigneront uniquement les pauvres capables de travailler pour l'Eglise. Les infirmes, malades, orphelins ou pèlerins, quant à eux, exclus de la matricule se verront accueillis au sein de structures adaptées nommées *xenodochium* ou *diaconoe*. Il s'agit là, de la naissance des premières institutions spécialisées.
24. La succession des conciles d'Orléans²³, de Tours²⁴, de Lyon²⁵ ou de Mâcon²⁶, démontrent à quel point la religion chrétienne et l'hôpital sont intimement liés. Ainsi, le concile

¹⁸ 2^{ème} lettre aux Corinthiens, chapitre 8-9

¹⁹ Epître de Jacques, versets 14-15.

²⁰ Le Grenier de bonté a été créé entre 329 et 379 par Basile de Césaré.

²¹ Fondé par l'évêque Saint Basile de 369 à 374, le « *ptôcheion* » signifie le lieu des pauvres. (de *ptô*, pauvre et de *chéion*, lieu).

²² *Xenos* signifie étranger.

²³ Concile d'Orléans de 511.

d'Orléans rappelle que « *l'évêque qui ne pratique pas l'hospitalité est indigne de l'épiscopat* »²⁷, « *hospitalem nesciens non fait episcopus* ». De même, « *les biens donnés par le roi aux évêques doivent servir non seulement à l'entretien des édifices religieux, mais au soulagement des pauvres et au rachat des prisonniers (...). L'évêque qui le fera pourra être appelé père des pauvres, celui qui ne le fera passera réputé assassin des pauvres* »²⁸.

25. Quelques années plus tard, en 816, le concile d'Aix-la-chapelle apporte sa pierre à l'édifice en imposant aux évêques et chanoines d'établir un lieu réservé à l'accueil des pauvres « *à l'ombre de la cathédrale* »²⁹. Rigoureusement installé, la position du *Domus Dei* est centrale. L'accès doit se faire par le parvis, proche d'une rivière afin de permettre, d'un point de vue sanitaire, l'évacuation des effluents³⁰. Les « *hospitalia* », quant à eux, réservés aux pèlerins, sont situés non loin de la Cité. Pour favoriser leur accès, ils sont généralement « *près des carrefours, au gré d'un passage de rivière* »³¹. A l'inverse, les asiles de lépreux, destinés à ceux « *qui ne peuvent marchander ni gagner en aucune manière entre les autres bonnes gens catholiques, mais en sont du tout séparés, afin que par l'infection ou corruption de leur infirmité autre créature humaine saine ne soit infectée ou corrompue* »³², sont rejetés loin des villes et des villages. Désignée sous l'expression de « *filie aînée de la mort* »³³, la lèpre et ses risques de contagion sont à l'origine de l'isolement des lépreux ou *infirmie* dans les léproseries. Ces premières hypothèses de mise en quarantaine, sont à l'origine des premières migrations des agents de santé loin de la Cité.

26. De l'an 1000 à 1300, la France va connaître une forte augmentation de sa démographie. Pour autant, la famine, les grandes épidémies telles que la peste ou le choléra auront pour corollaire la résurgence des mendiants et des miséreux porteurs d'épidémies.

²⁴ Concile de Tours de 567.

²⁵ Concile de Lyon de 583.

²⁶ Concile de Mâcon de 585.

²⁷ M. MOLLAT, *Les pauvres au moyen âge*. Paris, éd Complexe, 1978, p. 55. P. LANOTTE, *Histoire des origines des hôpitaux de Reims, Histoire des sciences médicales*, Tome XXXIV, n°4, 2000, p. 332.

²⁸ Concile d'Orléans, Canon 5, 16. C. ROYON, R. PHILIBERT (dir.) *Les pauvres, un défi pour l'Eglise*, Paris, Les Éditions de L'Atelier, 1994, p. 241. B. LORENZATO, O. PETY, *Le pauvre, huitième sacrement*, Volume 1, Mediaspaul Editions, 2008, p. 75.

²⁹ J.-M. MACÉ, *Le bassin de santé hospitalier : un outil de planification en Ile de France*. Thèse. Décembre 2000. p. 105. M. LE MANDAT, *Prévoir l'espace hospitalier*, 1989.

³⁰ J.-M. MACÉ, *op. cit.* p. 106.

³¹ J.-M. MACÉ, *op. cit.* p. 106.

³² Arch. Nat., S 6631, n°12, Lettre de Charles V (Septembre 1364).

Cette pauvreté est perçue comme un danger pour la société qui prend la décision d'enfermer pauvres et malades hors des murs de la ville. En effet, de 1348 à 1352, la peste noire envahit les villes commerçantes et les zones peuplées. Considérée comme étant une manifestation de la vengeance ou de la colère divine, ce fléau est à l'origine de la mise en place d'un personnel de peste. Ces agents de santé publique étaient reconnaissables par le masque qu'ils portaient, en forme de long bec blanc recourbé, rempli d'épices et d'herbes aromatiques aux propriétés désinfectantes. Charles DE LORME, premier médecin de Louis XIII avait imaginé ce costume aux vertus protectrices : *« Le nez long d'un demi pied (16cm) en forme de bec, rempli de parfums n'a que deux trous, un de chaque côté à l'endroit des ouvertures du nez naturel ; mais cela peut suffire pour la respiration et pour porter avec l'air qu'on respire l'impression des drogues renfermées plus avant le bec. Sous le manteau, on porte des bottines, faites de maroquin (cuir de bouc et de chèvre) du levant, des culottes de peau unie qui s'attachent aux dites bottines et une chemisette de peau unie, dont on renferme le bas dans les culottes, le chapeau et les gants sont aussi de même peau... des bécicles sur les yeux »*³⁴. Afin d'éviter la propagation de cette « mort noire », les municipalités isolent les villes, les maisons et quartiers infestés. Les malades étaient ensuite regroupés au sein des hôpitaux. Dès lors, il devint nécessaire de construire des hôpitaux « hors les murs » à proximité des fleuves ou des rivières, afin de faciliter les soins, le transport des malades et des corps, et ainsi éviter toute contagion.

27. Au XVIème siècle, Saint Jean de Dieu dit « *Saint de la charité* » ou « *créateur de l'hôpital moderne* », édicte à travers ses lettres quelques enseignements de vie à l'attention des hôpitaux. Parmi ces recommandations destinées à « *gérer* » les établissements, il rappelle l'importance de la charité. A ce titre, la lettre de la duchesse de Sessa précise, « *Ma Sœur, soutenons-nous tous en Jésus-Christ par amour de Jésus-Christ et ne nous laissons pas vaincre par nos ennemis : le monde, le diable et la chair ; surtout ma sœur, ayez toujours de la charité parce qu'elle est la mère de toutes les vertus* »³⁵.

28. Quelques années plus tard, le pouvoir royal prend peu à peu le contrôle des hôpitaux. L'Edit royal du 27 avril 1651 crée l'hôpital Général, véritable lieux d'incarcération, destinés à enfermer « *les pauvres, mendiants, valides et malades (...) pour être employés aux ouvrages, manufactures et autres travaux* ». En 1662, Louis XIV ordonne la création d'un Hôpital

³⁴ J. -J. MANGET, *Traité de la peste*. Genève, 1721.

³⁵ Saint Jean de Dieu, *III Lettre à la duchesse de Sessa*.

Général dans chaque cité importante « *pour y loger, enfermer et nourrir les pauvres, mendiants, invalides, enfants et orphelins* ». Au cours du XVII^{ème} siècle et du XVIII^{ème} siècle, les malades sont soignés « *intra-muros* » à l'hôtel Dieu et les indigents sont rejetés « *extra-muros* » dans des établissements construits dans les faubourgs³⁶. D'aucun verront à travers ces évolutions, les premières hypothèses de déplacement et corrélativement de gestion des agents de santé.

II- Evolution de la profession médicale et de la compétence médicale

29. En filigrane de ces constructions hospitalières, la période médiévale est marquée par une forte évolution de la profession médicale et du contrôle de la compétence des médecins. A cette époque, le *medicus*, exerçant à la fois médecine et chirurgie, se distingue du simple barbier dit *sergicus*³⁷. Médecine et chirurgie sont en réalité deux disciplines distinctes. La médecine relève des « *arts libéraux* » et de l'enseignement théorique. En revanche, les chirurgiens, barbiers ou inciseurs relèvent davantage des « *arts mécaniques* »³⁸, c'est-à-dire de la pratique. Les études relatives à la densité médicale et notamment le dictionnaire biographique des médecins en France, établi par Monsieur Ernest WICKERSHEIMER³⁹, révèlent une forte augmentation du nombre de praticiens entre le XIII^{ème} et le XV^{ème} siècle. Ainsi, alors que dans la deuxième partie du XIII^{ème} siècle, on dénombre moins de 400 praticiens, on en recense plus de 2000 à la fin du XV^{ème} siècle. Notons qu'à cette époque, les professions médicales se répartissent entre 57.8% de médecins, 12.4% de chirurgiens et 19.8% de barbiers⁴⁰.

30. Les premières écoles de médecine voient le jour en 1137 à Montpellier, puis en 1215 à Paris. L'implantation des médecins sera prépondérante dans ces villes universitaires mais également près des zones d'influence des écoles cathédrales, ou des centres intellectuels tels

³⁶ J.-M. MACÉ, *op. cit.*

³⁷ C. DARRICAU-LUGAT, *Regards sur la profession médicale en France médiévale (XII^e – XV^e)*, Cahiers de recherches médiévales, 6 | 1999. p. 6-7. URL : <http://crm.revues.org/939> ;DOI :10.4000/crm.939.

³⁸ Etude du Conseil économique et social présentée par M. Éric MOLINIE, *L'hôpital public en France, bilan et perspectives*, 21 juin 2005, p. 6.

³⁹ E. WICKERSHEIMER, *Dictionnaire biographique des médecins de France au Moyen Age*, nouvelle édition sous la direction de Guy BEAUJOUAN et supplément par Danielle JACQUART, Genève, 1979, Paris, Hautes études médiévales et modernes, N°34 et 35.

⁴⁰ D. JACQUART, *Le milieu médical en France du XIII^e au XV^e siècle*, annexe du deuxième supplément au dictionnaire d'Ernest WICKERSHEIMER, Genève, 1981, p. 28.

que Chartres⁴¹. Il faudra attendre le XIV^{ème} siècle pour que chaque région française soit dotée d'au moins un médecin⁴². Le développement économique urbain, la présence d'un centre universitaire ou d'une Cour constituent des critères prédominants d'installation des médecins. Paris et Montpellier, notamment en raison de la présence de la papauté en Avignon, représentent donc des zones d'attraction très prisées. L'attrait pour ces villes dotées de centre universitaires va être à l'origine de l'essor de la mobilité médicale et des « *médecins forains* » étrangers à la ville⁴³. Le choix d'installation des médecins sera toutefois fortement contrôlé. Ainsi, au XVI^{ème} siècle, pour se protéger le centre universitaire de MONTPELLIER va conclure une charte qui interdit l'exercice de la médecine « *à ceux qui n'auront pas été reçus licenciés* »⁴⁴. De même, les médecins juifs ne sont autorisés à exercer en France, qu'à la seule condition « *d'être gradué et de porter une marque sur leur habit* »⁴⁵.

31. Progressivement, un suivi de la compétence des médecins va se mettre en place, à travers l'instauration de deux types de contrôle. L'un relatif à la réalité des titres professionnels. L'autre relatif à l'exercice de la pratique médicale⁴⁶. En effet, au Moyen-Age, les médecins vont manifester leur volonté d'exercer leur art, distinctement des simples barbiers ou chirurgiens. En 1271, la faculté de Paris délimite donc le champ de compétence des chirurgiens ou barbiers, cantonnés aux seuls opérations manuelles. Ils obtiennent toutefois, en 1372, le droit de saigner et de « *curer toutes manières de cloux, de boces et plaies ouvertes* »⁴⁷. Conjointement, la pratique de la chirurgie est interdite aux médecins. Exerçant leurs compétences prioritairement auprès des classes moins aisées, les chirurgiens interviennent directement sur le corps des malades atteints par la lèpre, la peste ou souffrant de goutte. Alors que la science et la démarche théorique éloigne le médecin du patient, le savoir-faire et l'approche empirique du chirurgien l'en rapproche⁴⁸.

⁴¹ C. DARRICAU-LUGAT, *op. cit.*, p. 7. L. MAC KINLEY, *Early medieval medecine with special reference to France and Chartres*, Baltimore, 1937.

⁴² A titre d'exemple, à cette époque la région Parisienne compte 160 médecins, alors que la Bretagne n'en recense qu'un seul.

⁴³ C. DARRICAU-LUGAT, *op. cit.*, p. 7. D. JACQUART, *op. cit.*, p. 89.

⁴⁴ C. DARRICAU-LUGAT, *op. cit.*, p. 8. *Recueil des Lois anciennes*, collection Isambert, 1825. Volume IV.

⁴⁵ C. DARRICAU-LUGAT, *op. cit.*, p. 8. *Recueil des Lois anciennes*, collection Isambert, 1825. Volume V.

⁴⁶ C. DARRICAU-LUGAT, *op. cit.*, p. 10.

⁴⁷ D. JACQUART, *op.cit.*, p. 34.

⁴⁸ D. PHILIPPE, J.-M, CAUNEAU, *Les statuts de la faculté de médecine d'Angers (1483-1574)*, Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest, année 1999. Volume 106, N°106-4, p. 35.

32. Afin d'éviter le développement du charlatanisme et des médecines « *parallèles* » ou « *empiriques* », la lettre de Charles VI du 5 août 1390⁴⁹ interdit la pratique médicale sans vérification des titres. L'absence de titre universitaire pour exercer la médecine, rend donc le praticien coupable d'exercice illégal, passible de poursuite judiciaire. La formation universitaire devient le critère exclusif de compétence autorisant l'exercice de la médecine.
33. Précisons toutefois, que le patient avait la possibilité de remettre en cause la compétence du médecin, à travers la conclusion des contrats de soin ou de guérison⁵⁰. Ce type de contrat faisait peser sur le praticien une obligation de résultat, n'autorisant le paiement des honoraires qu'après la guérison du patient. Dès lors, le contrôle des compétences par les juridictions médiévales pouvait conduire à la condamnation du médecin pour non-respect du temps de guérison ou prescription de médicaments dangereux. Fort de ce constat et afin d'éviter tout procès, les praticiens auront recours à des contrats de guérison conclus devant notaires, rappelant certes leur obligation de moyen mais les libérant de toute obligation de résultat. Il faudra patienter jusqu'à l'Edit de MARLY de 1707 pour que les médecins obtiennent un véritable monopole de la médecine.
34. Au cours du XVIII^e siècle, l'hôtel Dieu devient l'hôpital soignant. L'hôpital-charité cède peu à peu la place à l'hôpital-assistance.⁵¹ Les médecins des villes sont plus nombreux et leur formation est davantage standardisée. La Révolution Française « *forge le concept de droits sociaux* » et considère ainsi les secours publics et notamment le droit d'être soigné comme une « *dette sacrée* »⁵². Pour satisfaire à cette exigence de soins pour tous et combler le manque de docteurs en médecine, un décret-loi de 1793⁵³ institue des officiers de santé. Le premier article du décret précise qu' « *il sera établi près de chaque agence un officier de santé chargé du soin de visiter à domicile et gratuitement tous les individus secourus par la nation* ». En effet, la France de 1789 est une France paysanne à 85%. Les zones rurales, souffrent de désertification médicale, et sont encore livrées aux charlatans, rebouteux ou
-
- ⁴⁹ *Recueil des Lois anciennes*, collection Isambert, 1825, volume VII.
- ⁵⁰ C. DARRICAU-LUGAT, *op. cit.*, p. 11-12.
- ⁵¹ La mission d'assistance publique de l'hôpital est d'ailleurs clairement affirmée par la loi du 7 août 1851 qui précise que « *toute personne malade, même sans ressources, doit être admise à l'hôpital de sa commune* ».
- ⁵² Analyse historique réalisée par Didier TABUTEAU, Eric FAVEREAU, *Entre médecins et Etat, une méfiance ancestrale*.
http://www.liberation.fr/societe/2014/01/10/entre-medecins-et-etat-une-mefiance-ancestrale_971958
- ⁵³ Décret des 28 juin et 8 juillet 1793, relatif à « *l'organisation des secours à accorder annuellement aux enfants, aux vieillards et aux indigents* ».

officiers de santé sans véritable qualification de médecin⁵⁴. Tel un « *spécialiste universel* »⁵⁵, le médecin de campagne, souvent considéré comme « *pauvre et simple* » à l'instar de ses patients, développe très vite des compétences en gynécologie-obstétrique, dermatologie, petite chirurgie, pédiatrie ou encore infectiologie⁵⁶. En 1847, près de 41% des médecins étaient en réalité des officiers de santé, dont. Charles Bovary demeure d'ailleurs l'une des figures emblématique. Ces agents aux compétences et exigences tarifaires moindres vont d'ailleurs susciter l'émergence des syndicats et la mobilisation du corps médical⁵⁷. Il faudra patienter jusqu'à la loi Chevandier du 30 novembre 1892, pour que les officiers de santé soient supprimés et que le monopole de l'exercice de la médecine par les docteurs soit consacré. Ainsi, l'article premier de cette loi est sans ambiguïté et précise que « *nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est pas muni d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le gouvernement Français, à la suite d'examen subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat* ». Peu à peu, la médecine scientifique se développe sous l'impulsion de la révolution pasteurienne, démontrant scientifiquement l'importance de l'hygiène, de la désinfection et de la vaccination.

35. La révolution industrielle ainsi que les progrès techniques et médicaux favoriseront le développement des premiers sanatoriums à la fin du XIX^e siècle. Originellement conçus pour les tuberculeux, ces établissements vont progressivement accueillir tout type de malades considérés comme incurables. L'implantation des sanatoriums dans des zones géographiques aérées, ensoleillées, proche de la mer ou de la montagne, aura pour corollaire le déplacement des professionnels de santé dans ces établissements où l'espace est rationalisé pour favoriser l'isolement et la circulation de l'air.

36. Parachevant l'évolution des missions de l'hôpital, du secours aux pauvres, à l'assistance des malades, la loi du 21 décembre 1941 ouvre l'hôpital public à tous, riches ou indigents. Conforté par l'ordonnance du 4 octobre 1945 créant la Sécurité sociale, l'hôpital

⁵⁴ A. BENNER, A. FICHTENTHAL, V. DONNER, *Médecine de campagne: Immersion en communauté dans le Jura*, Rapport 2009. p. 9-10-11.

http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2008_2009/.
Dr G. GALERANT, *médecine de campagne, de la Révolution à la Belle Epoque*, Plon, Paris, 1988.

⁵⁵ Le Docteur RANVOIZÉ précise que « *le médecin de campagne sera donc spécialiste universel encore bien longtemps.* » RANVOIZE, *La médecine à la campagne, son outillage*, thèse pour le doctorat en médecine, Université de Bordeaux, 1912.

⁵⁶ A. BENNER, A. FICHTENTHAL, V. DONNER, *op. cit.*, p. 12-13.

⁵⁷ Eric FAVEREAU, *op. cit.* Analyse historique réalisée par Didier TABUTEAU.

devient un véritable service public moderne, organisé, répondant aux demandes de soins et développant ses activités, prêt à s'engager dans une démarche stratégique de gestion des ressources humaines.

III- Naissance de la GPEC au sens moderne du terme

37. L'histoire des institutions hospitalières et de la démographie médicale reflètent donc les premières images de gestion stratégique des ressources humaines en santé. Pour autant, pour apercevoir les balbutiements de la GPEC telle que nous la connaissons aujourd'hui, il convient de nous intéresser au mouvement des relations humaines, né dans les années 1930 des travaux du sociologue et psychologue Australien Georges ELTON MAYO⁵⁸. Dépassant la vision de l'homme de TAYLOR, il mettra à l'honneur la notion de « *capital humain* », et démontrera que la productivité d'un travailleur dépend de sa « *capacité sociale* », c'est-à-dire de son adaptation et de son intégration à un groupe. Les premiers modèles rationnels de management stratégiques, intégrant à la décision, la dimension humaine, ne verront le jour que dans les années 1960, sous forme de Gestion Prévisionnelle du Personnel ou des Effectifs.
38. Madame Cécile DEJOUX dépeint trois « *générations* » au cours desquelles les entreprises Françaises se sont attachées à façonner le mécanisme GPEC. L'auteur distingue la « *génération des précurseurs* » de 1980 à 1990, celle des « *bâtisseurs* » de 1990 à 2004, et enfin celle des « *intégrateurs* » à partir de 2004.⁵⁹
39. En effet, les premiers scénarii tangibles de Gestion Prévisionnelle des Emplois ne se sont manifestés qu'à partir des années 1980, en réponse au déséquilibre du marché de l'emploi. Dans ce contexte difficile, les entreprises ne cherchent plus uniquement à optimiser la gestion de leurs ressources humaines en période de croissance. Elles s'attachent avant tout, à prévenir et anticiper les situations de crise, tout particulièrement dans le secteur de la sidérurgie. Cette « *génération des précurseurs* » verra émerger deux types de démarches. L'une dite « *innovante* », s'appuyant sur les pratiques RH pour flexibiliser la main d'œuvre.

⁵⁸ Georges ELTON MAYO est considéré comme étant l'un des pères fondateurs de la sociologie du travail.

⁵⁹ C. DEJOUX, *Gestion des compétences et GPEC*, 2008-2009, DUNOD, Paris 2008, p. 45-50.

L'autre dite « *préventive* », autrement nommée GAEC⁶⁰ ou GPPEC⁶¹, décrite comme étant une véritable « *usine à gaz* », complexe et difficile dans sa mise en œuvre.

40. La deuxième génération des « *bâtisseurs* » (1990-2004), porte les traces de l'instrumentalisation, et voit notamment apparaître un arsenal d'outils techniques tels que le Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois (ROME) publié par l'ANPE⁶² en 1993. A cette époque, les managers de proximité se saisissent de la démarche en proposant divers entretiens d'évaluation ou modules de formation destinés à développer les compétences de leurs collaborateurs. La décennie 1990, est ainsi placée sous le signe de l'aspect qualitatif et individuel des ressources humaines. Il ne s'agit plus de s'attacher aux volumes de l'emploi, mais davantage aux compétences des individus.
41. La troisième « *génération des intégrateurs* » verra l'avènement de la GPEC comme objet de droit social, structuré sous l'égide de la loi de modernisation sociale et de la loi BOORLO. Dorénavant consacrée et légitimée, la GPEC s'émancipe pas à pas de l'univers RH et prend ainsi les allures d'un objet juridique encore mal identifié, mais dont le bien-fondé laisse présager un avenir prometteur au dispositif, imposant sa transposition au secteur sanitaire. Promise à une belle destinée, la GPEC ne semble pas laisser de marbre les acteurs du champ sanitaire qui semblent s'intéresser de près, non pas simplement au mécanisme juridique en tant que tel, mais surtout à l'opportunité stratégique qu'elle représente.
42. La mise en œuvre d'une GPEC dans la fonction publique est évoquée pour la première fois dans la circulaire du Premier ministre Monsieur Michel ROCARD du 23 février 1989, relative au renouveau de la fonction publique. Sans ambiguïté sur le sujet, cette circulaire appelle à « *mettre en place dans toutes les administrations une gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des carrières* ». Elle précise que « *La gestion prévisionnelle est l'instrument privilégié d'une politique de valorisation des ressources humaines car elle seule peut assurer la cohérence entre l'évolution des missions, des métiers et des qualifications et les politiques de gestion du personnel (recrutement, formation, mobilité, qualifications, promotions, etc.).* »⁶³

⁶⁰ Gestion Anticipative des Emplois et des Compétences.

⁶¹ Gestion Prévisionnelle et Préventive des Emplois et des Compétences.

⁶² Agence Nationale Pour l'Emploi.

⁶³ L'exigence d'une gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences s'affirmant avec force, le ministère de la fonction publique va concevoir en 2001, un guide méthodologique

43. De ces travaux est née la volonté d'intégrer la GPEC au sein de la fonction publique hospitalière. En 1987, à la demande de la Direction des Hôpitaux, le CEREQ⁶⁴ va produire une étude sur l'évolution des emplois dans les services administratifs, techniques et logistiques des établissements hospitaliers, révélant la très faible qualification, l'absence de mobilité et le fort taux de mise en disponibilité de ces populations.⁶⁵ Devant un tel constat, la Direction des Hôpitaux va décider d'accompagner les établissements en difficultés en leur proposant de nouvelles méthodes de lecture des emplois et actions de formation. Dès lors, originellement conçu pour les personnels des services généraux et techniques, le mécanisme GPEC va s'ouvrir à l'ensemble des services de l'hôpital. C'est dans ce contexte qu'est né le premier guide de « *Gestion Prévisionnelle et Préventive des Emplois et des Compétences en milieu hospitalier* » en 1991. Cet ouvrage réalisé par Madame Nicole RAOULT est le premier du genre traitant exclusivement de la GPEC dans le secteur sanitaire.

44. De nombreux textes législatifs et réglementaires relatifs au fonctionnement des établissements de santé et aux missions des cadres de santé vont largement aborder la question de la GPEC. La loi du 31 juillet 1991⁶⁶ portant réforme hospitalière va notamment

45. C'est dans cet esprit qu'a été conçu l'Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière le 28 décembre 2001⁷⁰. Missionné pour « *suivre l'évolution des emplois et des métiers dans la fonction publique* », « *contribuer au développement d'une stratégie de gestion et prospective en matière d'emplois et de métiers* », « *apprécier l'évolution des métiers, des fonctions et des qualifications* », et « *recenser les métiers nouveaux ou émergents et leurs caractéristiques* »⁷¹, l'observatoire va s'attacher à élaborer un répertoire des métiers à destination des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Ce travail aboutira à la publication du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière en 2004, point de départ à la réflexion des établissements souhaitant initier une démarche GPEC.
46. Ces dernières années, les évolutions technologiques, les difficultés de recrutement sur certains métiers, ou bien encore les contraintes économiques, imposent de moderniser la gestion des ressources humaines en conciliant qualité des soins et qualité de vie au travail, mais également efficience économique et performance sociale. Conscient de ces objectifs, le « *Pacte de confiance pour les hôpitaux* » de Madame Marisol TOURAINE, a choisi de mettre à l'honneur le dialogue social, considéré comme étant « *le fer de lance de la rénovation de la démocratie sociale* » et le fondement de toute démarche anticipative de gestion des ressources humaines en santé. Parmi les 13 engagements pris pour restaurer la confiance à l'hôpital, l'engagement 10 prévoit notamment que « *les ARS devront développer une vision sur les ressources humaines de leur territoire* ». C'est à ce titre que Madame Chantal SINGLY a remis le 10 juillet 2014, son rapport « *pour une politique régionale de développement de métiers et des compétences en santé*. » Venant alimenter les travaux en cours sur le projet de loi de santé, ce rapport a notamment pour objet de : « *développer au sein des projets régionaux de santé une vision stratégique partagée sur les professionnels et les compétences en santé ; accompagner les acteurs dans l'animation et la promotion des questions relatives aux emplois, métiers et compétences dans les champs sanitaire et médico-social, et promouvoir de nouvelles pratiques professionnelles et de nouveaux modes d'exercice*. »

⁷⁰ L'Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière a été créé par le décret n°2001-1347 du 28 décembre 2001. Il sera officiellement installé le 17 avril 2002.

⁷¹ O. DERENNE, A. LUCAS, *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière*, Vol. 2, *Le développement des ressources humaines*, éd. ENSP, p. 30.

47. Assurément, la GPEC en santé est donc un sujet d'actualité, alimentant notamment les débats entre syndicats et DGOS⁷². Ainsi, le 26 juin dernier, évoquant la démographie des trois corps, directeur d'hôpital (DH), directeur d'établissement sanitaire social et médico-social (D3S), et directeur de soins (DS), les syndicats ont manifesté leur inquiétude quant au manque de gestion prévisionnelle des effectifs. Beaucoup dénoncent « *l'état actuel des recompositions, qui se traduit trop souvent par une gestion des pénuries pour les collègues et une absence de visibilité sur la stratégie globale* ». Dès lors, les « *postes vacants* », « *départs en retraite non remplacés* », « *fonte des effectifs* », « *conditions de travail dégradées* », « *situations à risques psycho-sociaux* », « *burn-out* », ou « *mauvaises anticipations des mutations* », sont autant de « *conséquences négatives* » découlant de l'absence de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences⁷³.

Section 2 – Regards croisés sur la GPEC

48. Au regard de notre étude, nous constatons à l'évidence que la GPEC est empreinte de transdisciplinarité, dépassant ainsi le cloisonnement entre les disciplines et confrontant plusieurs sciences. Il ne s'agit ici en aucune manière d'aborder notre sujet selon les différents points de vue juxtaposés des regards spécialisés. Ce type de démarche conduirait à une vision morcelée de la GPEC. Il ne s'agit pas non plus d'échanger sur le sujet entre diverses disciplines. Bien au contraire, il convient de croiser les arts et de relier les disciplines pour atteindre des compétences transversales. Dès lors, il convient de nous interroger : quelles disciplines sont nécessaires pour nous permettre de résoudre la problématique « *GPEC en santé* », ou « *GPMC* » de façon pertinente ? De toute évidence, le regard des gestionnaires en ressources humaines, des juristes en droit du travail, en droit de la santé et des géographes de la santé présente un intérêt certain, dont il convient toutefois de mesurer le degré d'implication.

⁷² Direction Générale de l'Offre de Soins.

⁷³ HOSPIMEDIA, *Les syndicats de directeurs s'inquiètent de l'absence de gestion prévisionnelle de leurs corps*, 27 juin 2014. <http://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20140627-ressources-humaines-les-syndicats-de-directeurs-s-inquietent>.

§1- Regards croisés des gestionnaires en ressources humaines et des juristes en droit du travail

I- Regard des gestionnaires en ressources humaines

49. La GPEC est une composante essentielle de la gestion des ressources humaines⁷⁴, c'est-à-dire de « *l'ensemble des activités qui permettent à une organisation de disposer des ressources humaines correspondant à ses besoins en quantité et qualité* »⁷⁵. Il convient de bien distinguer la discipline gestion des ressources humaines de la pratique GPEC. La gestion des ressources humaines menée au sein des établissements sanitaires doit permettre de disposer, au sein du service requis, en temps et en heure, des compétences nécessaires au fonctionnement de l'organisation. De manière plus prospective, la GPEC consiste à prévoir et anticiper les emplois, les métiers et les compétences pour disposer au même instant « *T* » des compétences nécessaires.
50. Dépassant l'administration du personnel pour envisager le management stratégique du capital humain, la gestion des ressources humaines a tenté de définir à moult reprises la GPEC. La divergence des auteurs quant à la définition témoigne certes de l'absence de consensus mais plus encore de la nécessité de nous rapprocher d'une vision plus juridique de la notion.

II- Regard des juristes en droit social

51. En créant l'obligation triennale de négocier la GPEC dans les entreprises et groupes comportant au moins 300 salariés, le droit du travail a très vite manifesté son intérêt pour cet « *objet juridique non identifié* » qu'est la GPEC. Entendu comme « *l'ensemble des règles*

⁷⁴ Monsieur Patrice ROUSSEL définit la GRH comme « *l'ensemble des activités qui visent à développer l'efficacité collective des personnes qui travaillent pour l'entreprise. L'efficacité étant la mesure dans laquelle les objectifs sont atteints, la G.R.H. aura pour mission de conduire le développement des R.H. en vue de la réalisation des objectifs de l'entreprise. La G.R.H. définit les stratégies et les moyens en RH, les modes de fonctionnement organisationnels et la logistique de soutien afin de développer les compétences nécessaires pour atteindre les objectifs de l'entreprise.* P. ROUSSEL est coordinateur de l'équipe de recherche au LIRHE, Laboratoire Interdisciplinaire de recherche sur les Ressources Humaines et l'Emploi, créé en 1995.

⁷⁵ Définition reprise par L. CADIN, F. GUERIN et F. PIGEYRE, dans « *Gestion des ressources humaines* » éditions DUNOD 2007.

*juridiques applicables aux relations individuelles et collectives qui naissent entre les employeurs privés et ceux qui travaillent sous leur autorité, moyennant une rémunération, le salaire »*⁷⁶, le droit du travail s'immisce donc au cœur de l'établissement de santé pour organiser la vie des professionnels de santé salariés. Dès lors, ce droit « vivant »⁷⁷ ou « flexible »⁷⁸, dont on dit qu'il « *fait corps avec l'histoire, et n'aura pas demain la même utilité qu'hier ou aujourd'hui* »⁷⁹ trouve une place de partenaire privilégié au côté de la gestion des ressources humaines et du droit de la santé.

52. Pluridisciplinaire par nature, le droit du travail interroge d'autres branches du droit dont le droit des obligations, le contrat de travail étant soumis aux règles du droit commun. Il interroge également le droit du contentieux administratif, notamment lors de la mise en œuvre du licenciement d'un représentant du personnel salarié. De même, dans le contexte établissement de santé, la compétence en droit de la santé est tout à fait primordiale, afin de gérer des établissements organisés autour de l'homme, c'est-à-dire du patient ou de l'utilisateur, en tant que sujet de droit. Le droit du travail est également ouvert à d'autres disciplines non juridiques, ayant toutefois le droit du travail pour objet, telles que la sociologie et l'économie du travail, l'ergonomie ou l'histoire sociale⁸⁰.

53. Ainsi que le précise Monsieur Dominique BALMARY, « *comme toujours en matière sociale, il est prudent de bien voir d'où l'on vient avant d'envisager la route à prendre. Le droit naît de la mémoire* »⁸¹. Dès lors, pour bien comprendre le lien entre GPEC et santé, intéressons-nous aux origines du droit du travail et aux premières traces de salariat au sein des établissements de santé. L'abolition des corporations, consécutive au Décret d'Allarde des 2 et

⁷⁶ Définition donnée par Monsieur Gérard LYON-CAEN.

⁷⁷ Monsieur le professeur Jean-Emmanuel RAY parle de droit « vivant », confronté à la société, et qui en subit les crises et les révolutions. J.-E. RAY, *Droit du Travail, droit vivant*, 22ème éd., Liaisons, 2013. Pour une étude plus approfondie, G. COUTURIER, *Droit du travail*, Coll. Droit fondamental, éd. PUF, 1991. F. DUQUESNE, *Droit du travail*, 2° éd., Coll. Manuel, éd. Gualino, 2006. F. FAVENNEC-HERY, P.-Y. VERKINDT, *Droit du travail*, 2° éd., Coll. Manuel, éd. LGDJ, 2009. J. PELISSIER, A. SUPIOT, A. JEAMMAUD, G. AUZERO, *Droit du travail*, 24° éd., éd. Dalloz-Sirey, 2008.

⁷⁸ Le Doyen CARBONNIER a développé l'idée d'une flexibilité naturelle des normes juridiques. « *Flexible droit – Textes pour une sociologie du droit sans rigueur* », LGDJ. Aujourd'hui, le droit du travail est lui aussi très largement concerné par une flexibilité non plus naturelle, mais directement organisée par le législateur.

⁷⁹ Gérard LYON-CAEN.

⁸⁰ E. PESKINE, C. WOLMARK, *Droit du travail 2014*. Dalloz. p. 5-6. Pour une étude approfondie, A. LALLEMANT, *Le travail. Une sociologie contemporaine*, Folio, coll. Essais, 2007. P. FALZON (dir.), *Ergonomie*, PUF, 2004.

⁸¹ D. BALMARY, *Droit social*, mars 2004.

17 mars 1791⁸² et à la loi Le Chapelier des 14 et 17 juin 1791⁸³, est souvent perçue comme la première forme embryonnaire du droit du travail en France. Pour autant, ces lois n'ont eu pour incidence que d'interdire l'organisation et le regroupement des travailleurs subordonnés. Pour rechercher les origines du droit du travail au sens moderne du terme, c'est-à-dire au sens du droit qui régit le salariat⁸⁴, il convient de remonter aux premières lois régissant le temps de travail et notamment la loi du 22 mars 1841⁸⁵ limitant le travail des enfants dans les usines.⁸⁶

54. Précisons également que dans le cadre de la profession médicale, le salariat est souvent perçu comme un mode attentatoire au modèle libéral. Le paiement de vacation dans les dispensaires qualifié de « *médecine sociale* », constitue la première forme de salariat pour les médecins. Dans la pratique, les professionnels libéraux complétaient leur activité par un temps partiel. Il faudra attendre les années 1950 pour voir se développer le mode d'exercice salarié de la médecine. Les médecins conseil de la Sécurité Sociale, les médecins inspecteurs et médecins du travail sont les premiers praticiens exerçant leur activité salariée à temps plein. Cette forme de pratique médicale sera consacrée par la modernisation de l'hospitalisation publique et privée ainsi que par la création des CHU en 1958, créant un corps de praticien hospitalier à temps plein. Toutefois, dans le secteur privé, l'exercice salarié à temps plein reste rare. Les praticiens ont d'avantage tendances à combiner une pratique libérale de ville, et une pratique en clinique privée, le plus souvent spécialisée⁸⁷.

⁸² Le décret « *d'Allarde* » du 2 et 17 mars 1791, supprime les corporations et de ce fait, introduit un changement radical dans l'économie et l'organisation du travail. Les corporations sont des regroupements de personnes exerçant le même métier.

⁸³ La loi « *Le Chapelier* » du 14 juin 1791, renforce le décret « *d'Allarde* », et sera également l'occasion d'interdire le droit de grève.

⁸⁴ A ce titre, précisons que Monsieur G. LYON-CAEN s'est intéressé aux activités se situant aux limites du salariat. En ce sens, G LYON-CAEN, *Le droit du travail non salarié*, éd. Sirey, Paris, 1990.

⁸⁵ Cette loi, limitée au secteur industrielle, interdit le travail aux enfants de moins de 8 ans. Elle sera renforcée par la loi du 19 mars 1874 qui interdit le travail aux enfants de moins de 12 ans, sauf dérogations. Quelques années plus tard, la loi du 2 novembre 1892, viendra également limiter le travail des femmes et des enfants.

⁸⁶ G. AUBIN, J. BOUVERESSE, *Introduction historique au droit du travail*, PUF, coll. Droit fondamental, 1995. J.-P. LE CROM (Dir.), *Deux siècles de droit du travail*, Les éditions de l'Atelier, 1998.

⁸⁷ F. -X. SCHWEYER, *Les médecins aujourd'hui en France - Histoire et démographie médicales - L'essor de la profession médicale en France : dynamiques et ruptures*, adsp n° 32 septembre 2000, p. 18.

55. Rappelons que le statut de médecin salarié est un statut paradoxal⁸⁸, source de contentieux jurisprudentiel et doctrinal en termes de responsabilité. En effet, ce dernier accepte un lien de subordination, alors même que l'article R.4127-5 du Code de santé publique dispose que « *le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* ». Dès lors, au regard notamment de l'article R.4127-95 du Code de santé publique qui précise que « *le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat n'enlève rien à ses devoirs professionnels et, en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions* », les juridictions françaises ont longtemps considéré le médecin comme un salarié « *à part* ». ⁸⁹ Ainsi, dans une décision du 14 février 2000⁹⁰, le Tribunal des Conflits précisait que eu égard à l'indépendance professionnelle dont il bénéficie dans l'exercice de son art qui est au nombre des principes généraux du droit, le principe d'une responsabilité personnelle du médecin salarié devait être maintenu. Le professionnel libéral salarié apparaissait comme « *l'archétype du salarié para-subordonné. Le concept de para subordination semblait, en effet, des plus adapté au monde du salariat libéral. Même salarié, le praticien restait donc, avant tout un médecin, tenu aux mêmes devoirs, déontologiques notamment, et obligations que tout confrère ayant choisi un autre mode d'exercice* ». ⁹¹
56. La Haute juridiction refusait donc d'appliquer au contentieux médical, la jurisprudence « *Costedoat* » du 25 février 2000⁹², qui précisait pourtant que « *n'engage pas sa responsabilité à l'égard des tiers le préposé qui agit sans excéder les limites de la mission qui lui été impartie par son commettant* ». Il faudra patienter jusqu'aux revirements jurisprudentiels du 9 novembre 2004⁹³, pour que la Cour de cassation fasse du professionnel

⁸⁸ F. VIALLA, O. BONNIJOLY, *Les grandes décisions du droit médical*, direction F. VIALLA. LGDJ. p. 563-572.

⁸⁹ F. VIALLA, O. BONNIJOLY, *op. cit.*

⁹⁰ T. confl. 14 févr. 2000, Bull. civ. N°2; D. 2000, IR p. 138. JCP G 2001, II, 10584, note J. Hardy. Cette responsabilité personnelle du médecin salarié, a par la suite été étendue aux fautes commises par son équipe de soins. Cass, 1re civ., 13 mars 2001, Bull. n°72.

⁹¹ F. VIALLA, *Subordination ou indépendance*, Revue Droit et santé, mars 2005, n°4, p. 103.

⁹² Cass. Ass. Plén., 25 févr. 2000, « *Costedoat* », Bull. civ. N°2. R., p; 257 et 315. GAJC, 11ème éd., n°217. BICC 15 avril 2000, concl. KESSOUS, note PONROY. D. 2000, p. 673, note BRUN et somm. p. 467, obs. DELEBECQUE. JCP G 2000, II, n°10295, concl. KESSOUS, note BILLIAU, JCP G 2000 n°26 241 I p. 1244, obs. VINEY. Gaz. Pal, 2000. 2. 1462, note RINALDI.

⁹³ Cass. 1re civ., 9 nov. 2004, n°01-17908; Gaz. Pal, janv. 2005, n°27. G. FAURE, M. DAURY-FAUVEAU, E. REVAUX ESTELLE, F. JAMAY, I. CALLIES, G. GUERLIN, C. MANOUIL, I. MULLER-QUOY, LPA, 20 février 2006, n°36. D. DUVAL-ARNOULD, S. PORCHY-SIMON, JCP G 2005, n°7, II, 10020. F. VIALLA, « *Subordination ou indépendance* », Rev. Droit et santé, n°4, p. 103. P. JOURDAIN, RTD civ., 2005, p. 143. F. CHABAS, D. 2005, p. 143. J. PENNEAU, D. 2005, p.

de santé, un salarié « à part entière », protégé par l'immunité posée par la jurisprudence « Costedoat ». Elle affirme que « le médecin salarié, qui agit sans excéder les limites de la mission qui lui est impartie par l'établissement de santé privé n'engage pas sa responsabilité à l'égard du patient ». Cette « immunité » est dorénavant applicable à l'ensemble des professionnels de santé soumis au contrat de travail et à sa législation.

57. A bien des égards, droit social et droit de la santé se croisent et s'entremêlent. C'est à ce titre que l'on voit parfois apparaître la notion de « droit sanitaire et social ».⁹⁴ Selon certains auteurs, cette terminologie désignerait un ensemble plus large comprenant droit de la santé et droit social.⁹⁵ Pour d'autres, il s'agirait simplement de désigner au sein du droit de la santé les trois composantes que constituent les secteurs sanitaire, social et médico-social.⁹⁶ En tout état de cause, les textes et la législation du travail trouvent une place toute particulière dans la fonction publique hospitalière ainsi que concernant les personnels hospitaliers.⁹⁷ De même, rappelons que le droit de la Sécurité sociale⁹⁸ et notamment le dispositif de protection sociale, constitue l'un des fondements de notre système de santé.

58. Dès lors, le droit du travail et le droit de la santé s'affrontent et se conjuguent. On ne peut d'ailleurs que s'interroger sur l'anachronisme de cette relation. Le droit du travail, dont l'étymologie latine *tripalium* signifie instrument de contrainte ou de torture, s'accommode assez mal de l'état complet de bien-être physique, mental ou social⁹⁹ visé par le droit de la santé. Cette singularité révèle toute la difficulté du sujet.

407. Cass. 1re civ. 9 nov. 2004, n°01-17168. F. VIALLA, *op. cit.* F. VIALLA, *Retour à Costedoat*, Rev. Droit et santé, 2007, n°20, p. 730.

⁹⁴ Cette terminologie est notamment reprise dans la revue de droit sanitaire et social.

⁹⁵ D. TRUCHET, J. MOREAU, *Droit de la santé publique*, Dalloz, coll. Mémentos, 2004, p. 14 et s. G. ROUSSET, *L'influence du droit de la consommation sur le droit de la santé*. Thèse présentée et soutenue publiquement le 25 octobre 2007. p. 44.

⁹⁶ G. ROUSSET, *op. cit.* p. 44.

⁹⁷ Pour une étude approfondie, J.-M. AUBY, *Réflexions sur les rapports du droit de la fonction publique et du droit du travail au travers du cas du secteur hospitalier*, Dr. soc. 1989, p. 153. D. TRUCHET, *Le médecin dans l'hôpital public en France*, RID comp.; 1987, n° spéc. p. 279. G. ROUSSET, *op. cit.* p. 37-38.

⁹⁸ Pour une étude approfondie, BORGETTO (M.), DUPEYROUX (J. -J), LAFORE (R.), *Droit de la sécurité sociale*, 16° éd., Coll. Précis Dalloz, Dalloz-Sirey, 2008. DUPEYROUX (J-J), PRETOT (X.), *Droit de la sécurité sociale*, 12° éd., Coll. Mémentos, Dalloz-Sirey, 2008. MORVAN (P), *Droit de la protection sociale*, 4° éd., Éd. Litec, 2009. LABORDE (J.-P.), *Droit de la sécurité sociale*, éd. PUF, éd. 2005.

⁹⁹ Selon l'OMS, « la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Préambule de la Constitution de l'OMS, Actes officiels de l'OMS, n°2, p. 100.

59. Tel un droit ambivalent, le droit du travail protège donc d'une part les travailleurs, mais autorise d'autre part leur soumission. Dès lors, pourquoi un droit du travail?¹⁰⁰ Quelle est la finalité de ce droit associé au secteur sanitaire? La fonction du droit du travail n'est pas uniquement une contrainte pour le management. Bien au contraire, cette discipline peut aujourd'hui être envisagée comme une technique de gestion de l'établissement de santé, à disposition des dirigeants, permettant notamment d'aménager le temps de travail, d'organiser les services et de gérer stratégiquement le personnel.

§2- Regards croisés des géographes de la santé et des juristes en droit de la santé

I- Regard des géographes de la santé

60. En vertu des « *Lois de Rolland* »¹⁰¹, le service public repose sur trois principes fondamentaux d'égalité, de continuité et d'adaptation. A ce titre, chacun doit pouvoir disposer d'un égal accès aux soins hospitaliers. L'article L.714-4 du Code de santé public est d'ailleurs très explicite à ce sujet et précise que « *Les établissements garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toute personne dont l'état requiert leurs services (...) Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre malades en ce qui concerne les soins* ». Pour autant, force est de constater qu'en France, tout le monde ne dispose pas des mêmes chances d'accès aux soins¹⁰². La géographie de la santé permet d'apporter une réponse à ces inégalités liées à l'espace géographique.
61. En effet, le discours géographique d'Hippocrate, père de la médecine, permet de mettre en lumière l'impact de l'environnement sur la santé des hommes. L'eau que l'on boit,

¹⁰⁰ A. SUPIOT, *Pourquoi un droit du travail?* Dr. soc., 1990. G. LYON-CAEN, *Les fondements historiques et rationnels du droit du travail*, Dr. ouvrier, 1951.

¹⁰¹ M. DUPONT, *AP-HP Etablissement public de santé*, DION/AP-HP, 1994, 243 p.

¹⁰² J.-M. MACÉ, *Le bassin de santé hospitalier: Un outil de planification en Ile-de-France*, Thèse, décembre 2000, p. 11. En ce sens, voir les études menées par TONNELIER, MIZRAHI et COCA. S. ANDREANI, A. MIZRAHI, F. TONNELIER, *Disparités géographiques en économie de la santé*, *World Health statistics Quaterly*, n°4, 1987, pp. 304-312. E. COCA, *Les inégalités entre hôpitaux, obstacle à l'efficacité et à l'équité de la maîtrise des dépenses hospitalières*, Berger-Levrault, 1995, 479 p. F. TONNELIER, *Géographie des soins, géographie économique, études de divers contours géographiques en France*, Paris, CREDES, n°850, 1990.

la géographie d'une région, la durée des saisons, les climats, ou les services de santé auxquels on a accès, ont des répercussions sur notre santé.

62. La géographie de la santé, dont le but est « *l'étude globale et spatiale de la qualité de la santé des populations, de leurs comportements vis-à-vis de la maladie et de la mort et des caractéristiques de leur environnement (physique, biologique, social, économique ou culturel) qui concoure à la promotion ou à la dégradation de leur santé* »¹⁰³, permet de comprendre « *pourquoi une personne se fait hospitaliser ici plutôt que là* »¹⁰⁴.
63. Dès lors, quel regard les géographes de la santé portent-ils sur la GPEC? Le déterminisme géographique permet de comprendre le lien existant entre les deux disciplines. En effet, la géographie de la santé permet d'évaluer l'état sanitaire d'une population ou d'un territoire donné et ainsi de révéler les inégalités spatiales d'accès aux soins. Parallèlement, la GPEC Territoriale permet de jeter un regard vers l'avenir et d'anticiper la gestion des professionnels de santé, afin de lutter contre la formation des déserts médicaux.
64. Révélateurs des inégalités spatiales et des disparités de santé entre les régions et populations, la géographie de la santé trouve donc une place particulière et inattendue aux côtés de la GPEC Territoriale. Cette nouvelle forme de « *Géographie* » Prévisionnelle des Emplois et des Compétences dépasse le cadre de sa fonction originelle pour s'attacher à la restitution du bien-être et de la justice social dans l'accès aux soins. La « *Géographie* » Prévisionnelle des Emplois et des Compétences, interroge donc le territoire en tant que nouvelle frontière de l'hôpital. Elle intègre à sa réflexion les politiques de santé publique en termes d'inégalités territoriales, afin d'envisager dans un programme plus vaste et plus ambitieux, l'anticipation des ressources humaines à l'échelon territorial, en partenariat avec l'ARS.

II- Regard des juristes en droit de la santé

65. Appliquer la GPEC au domaine de la santé présente l'intérêt mais également la difficulté de faire de l'homme, le protagoniste principal de la problématique. En effet, la

¹⁰³ H. PICHERAL, *Mots et concepts de la géographie de la santé*, Cahiers GEOS, n°2 (bis), Université Paul Valéry, Montpellier 3, 1996, 80 p.

¹⁰⁴ J.-M. MACÉ, *op. cit.* p. 103.

GPEC construit l'avenir de l'établissement en plaçant l'homme au cœur de la stratégie. Confronté à l'évolution des technologies, des métiers et des besoins, elle replace le facteur humain au travail, au cœur du développement de l'établissement. De la même façon, l'homme est le sujet central du droit de la santé. Cette « *discipline souvent technique et froide, s'humanise et se trouve confrontée aux joies et douleurs des existences de sujet de droit, qui sont et demeurent des personnes* »¹⁰⁵. Dès lors, si « *médecins et juristes sont animés de la même préoccupation de rechercher le bien humain* »¹⁰⁶, la GPEC au sein des établissements de santé, a pour préoccupation de garantir la sécurisation des parcours professionnels des personnels mais également, la qualité de prise en charge du patient et la justice social dans l'accès aux soins.

66. A l'instar du droit du travail, le droit de la santé, où « *l'ensemble des règles juridiques applicables aux actions de santé* »¹⁰⁷, se révèle être un droit mouvant, « *caractérisé par sa nécessaire adaptabilité, les vérités d'hier étant les incertitudes d'aujourd'hui et, parfois les erreurs de demain* »¹⁰⁸.
67. Permettant de répondre aux problématiques de qualité dans la prise en charge des patients et d'accès aux soins pour tous, la GPEC s'ouvre naturellement au secteur sanitaire très attaché à l'acronyme « *GPMC* ». Dès lors, comment expliquer que le champ sanitaire ait progressivement modifié une terminologie portée, pendant tant d'années, par la gestion des ressources humaines, et institutionnalisée par le droit du travail? De toute évidence, ce secteur entend montrer sa singularité et sa volonté prononcée d'adopter la démarche en l'adaptant au particularisme du droit de la santé. Le champ de la santé identifie donc, au sein même de l'acronyme « *GPMC* », le terme « *métiers* » propre au répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.

¹⁰⁵ F. VIALLA, *Les grandes décisions du droit médical*, LGDJ, p. 2.

¹⁰⁶ R. SAVATIER, *Au confluent de deux humanismes: ententes et mésententes entre médecins et juristes*, in *Les métamorphoses économiques et sociales du droit privé d'aujourd'hui*, Seconde série, éd. Dalloz, 1959, p. 234.

¹⁰⁷ J.-M. AUBY, *Le droit de la santé*, PUF, coll. Thémis - Droit, 1981, p. 13. L'auteur précise également que la santé désigne « *la situation physique ou physiologique ou mentale des individus, la présence ou l'absence chez eux de maladies, affections chirurgicales, infirmités ou imperfections organiques ou fonctionnelles* ». Pour une étude approfondie, A. DEMICHEL, *Le droit de la santé*, Les études hospitalières, 1998, 137 p. J.-M. DE FORGES, *Le droit de la santé*, PUF, coll. Que sais-je ?, 2012, 128 p. A. LAUDE, B. MATHIEU, D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, PUF, coll. Thémis, 2012, 768 p.

¹⁰⁸ F. VIALLA, *op. cit.*, p. 3.

68. S'émancipant pas à pas du carcan de la gestion des ressources humaines et du droit du travail, la notion s'applique tant aux établissements de santé de droit privés soumis au Code du travail, que de droit publics non soumis à ces dispositions et à l'obligation de négociation triennale. Dès lors, la GPEC dépasse le cadre initialement fixé par le Code du travail pour s'ouvrir aux enjeux du secteur sanitaire, qualifiant la notion de *« démarche à la fois prévisionnelle et opérationnelle permettant d'anticiper et gérer les besoins en Ressources humaines pour assurer et développer les activités des établissements sanitaires et médico-sociaux afin de répondre au mieux aux besoins de prise en charge des patients »*¹⁰⁹.
69. Confrontée aux singularités de l'organisation juridique des professions de santé, ainsi qu'à l'avènement de l'hôpital numérique, la GPEC en santé se doit d'évoluer et de s'écarter des démarches plus traditionnelles, telles qu'on les retrouve dans d'autres secteurs de types industriels.
70. Il est également important de préciser qu'au cours de cette thèse, nous traiterons de la mise en œuvre de la GPEC au sein des structures sanitaires et médico-sociales. En effet, bien que ces deux secteurs aient connus des *« divergences »*, aujourd'hui, on ne peut que constater leur rapprochement. Il semble même que la distinction entre le sanitaire et le médico-social n'ai plus vraiment de sens¹¹⁰. Il est vrai que le secteur sanitaire est tourné vers la personne dont la santé est menacée ou atteinte. A contrario, le médico-social vise des individus dont la santé fait simplement partie de leurs difficultés sociales. Les deux systèmes sont également régis par deux Codes et deux législations distinctes. Le secteur sanitaire relève du Code de la Santé publique et notamment de la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Parallèlement, le Code de l'action sociale et des familles ainsi que de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, régissent le secteur médico-social.
71. Pour autant, le rapprochement entre certaines activités sanitaires et certaines prises en charge médico-sociales, semble devoir imposer le dépassement des frontières entre les deux secteurs. Cette *« convergence »* s'exprime tant au niveau des droits des usagers qu'au niveau

¹⁰⁹ ANAP, *Améliorer la gestion des ressources humaines, la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences, recueil des pratiques observées*, Avril 2011, p. 9.

¹¹⁰ Colloque AFDS-ISFCD : *la distinction entre le sanitaire et le médico-social a-t-elle encore un sens ? Perspectives Sanitaires et sociales*, janvier/février 2014, n°232. Le 1^{er} octobre 2013, l'Institut de Formation des Cadres Dirigeants et l'Association Française de Droit de la santé ont décidé de s'associer pour proposer un colloque : *« la distinction entre le sanitaire et le médicosocial a-t-elle encore un sens ? »*.

institutionnel. Ainsi, la création des ARS, l'intégration des projets du médico-social dans le projet régional de santé, la mise en œuvre des CPOM¹¹¹ dans le secteur médico-social ainsi que la similitude entre les procédures d'évaluation et d'accréditation, marquent le décloisonnement des frontières.

72. Dès lors, le rapprochement entre les deux secteurs, nous conforte dans l'idée qu'il n'y a pas fondamentalement de différence entre la GPEC du secteur sanitaire et celle du secteur médico-social. En effet, les infirmiers, à l'instar des médecins, psychologues, directeurs ou des éducateurs ont des missions bien différentes dans le secteur sanitaire et médico-social. Pour autant, leur rôle demeure identique. Quelle que soit la structure, ils sont guidés par un même objectif fédérateur : la qualité du service rendu aux personnes. C'est ce même et unique fil conducteur qui doit nous conduire à considérer à l'identique, la GPEC du secteur sanitaire et médico-social.¹¹²

Section 3 – Présentation de l'étude

73. « Adopter une innovation c'est aussi l'adapter »¹¹³. Assurément aborder la GPEC sous l'angle du droit de la santé vise à nous permettre de découvrir des voies jusque-là inexplorées. En effet, il n'y a pas une vérité, mais un outil, qu'il convient d'adapter aux spécificités des établissements pour en faire une véritable « GPMC » attachée au secteur sanitaire.
74. Issue des pratiques RH et consacrée institutionnellement par le droit du travail, la GPEC trouve donc un intérêt particulier dans le domaine de la santé, où elle est confrontée au particularisme et au pluralisme de ses établissements. L'« invariant », la règle commune de droit du travail est confrontée aux « contingents », aux cultures d'entreprise de chaque établissement de santé, véritable originalité et richesse du sujet. La transposition de la GPEC au domaine de la santé, trouve ainsi des orientations différentes en fonction de la nature des établissements concernés et nécessite une conception de la GPEC dite « sur mesure », le

¹¹¹ Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens.

¹¹² Colloque AFDS-ISFCD, *op. cit.*

¹¹³ M. CALLON, *Eléments pour une sociologie de la traduction*. L'année sociologique, n°36. 1986. M. CALLON, B. LATOUR, *Les paradoxes de la modernité – Comment concevoir les innovations*. Prospective et santé, n°36.

dénominateur commun de chaque établissement demeurant, encore et toujours, la qualité de la prise en charge du patient.

75. Le fil conducteur de cette thèse sera donc la qualité des soins, à laquelle toute démarche GPEC doit participer. Pour définir la notion de soin, nous ferons référence à l'ambivalence de la prise en charge, ainsi qu'à la notion de soin « *équilibré* », oscillant entre « *cure* » du latin *curare* et « *care* », renvoyant au prendre soin. La singularité du secteur de la santé, impose à la GPEC d'être une démarche « *sur mesure* », répondant aux prescriptions des tutelles c'est-à-dire de l'ARS et épousant les formes de l'établissement en s'adaptant à son volet social ainsi qu'à ses valeurs. Ce n'est qu'à ce prix que l'établissement pourra tendre à former du personnel compétent, disponible, adaptable, prêt à réaliser un travail de qualité.
76. A travers cette étude nous démontrerons que la GPEC en santé s'articule autour de deux « *cercles vertueux* », visant d'une part à améliorer la qualité de prise en charge du patient, d'autre part à l'équité dans l'accès aux soins.
77. Le premier « *cercle vertueux* » établit une filiation entre GPEC et qualité des soins, via l'amélioration des conditions de travail des professionnels de santé. Ainsi, lorsque la GPEC tend à promouvoir l'amélioration des conditions de travail, elle tend à favoriser l'accomplissement d'un travail de qualité, et corrélativement la qualité des soins.
78. Le deuxième « *cercle vertueux* » s'inscrit dans le cadre territorial pour établir une filiation entre GPEC Territoriale, géographie de la santé et justice sociale dans l'accès aux soins. Ainsi, lorsque la GPEC s'appuie sur le diagnostic des inégalités territoriales des géographes, elle tend à anticiper les inégalités de demain et participe de l'équité et de la justice sociale dans l'accès aux soins.
79. Au cours de cette démonstration nous nous attacherons à présenter la GPEC sous l'angle du binôme théorie - pratique. En effet, « *La théorie, c'est quand on sait tout et que rien ne fonctionne. La pratique, c'est quand tout fonctionne et que personne ne sait pourquoi* »¹¹⁴. Ici nous avons fait le choix de réunir notion et pratique, « *droit savant* » et

¹¹⁴ Albert EINSTEIN. « *La théorie, c'est quand on sait tout et que rien ne fonctionne. La pratique, c'est quand tout fonctionne et que personne ne sait pourquoi. Ici, nous avons réuni théorie et pratique: Rien ne fonctionne... et personne ne sait pourquoi !* ».

« *droit vivant* »¹¹⁵, car au-delà de l'objectif scientifique, cette thèse a une portée essentiellement expérimentale.

80. La relation entre notion et pratique, entre savoir et action est essentiellement une relation asymétrique. La notion précède et détermine nécessairement la pratique. En effet, la théorie peut être construite de façon autonome, or la pratique n'existe que parce qu'elle est dépendante de la théorie. La pratique GPMC est donc née d'un savoir juridique dont elle est la mise en œuvre ou l'application.¹¹⁶ Si de toute évidence, le droit du travail représente le socle juridique de la notion, nous ne pouvons que constater que loin d'être figée, la GPEC est en perpétuelle évolution. Elle se construit pas à pas, au gré des établissements de santé, l'adaptant aux particularismes et aux exigences du droit de la santé.
81. Du praticien au pratiquant, cette thèse a vocation à confronter la règle de droit à la réalité du terrain, le principe prescrit et l'exécution qui en est faite. Cette forme d'étude expérimentale de la GPEC nous permettra de constater le « *processus de transformation d'une réalité en une autre, requérant l'intervention d'un opérateur humain* »¹¹⁷. Cette méthode heuristique présente l'intérêt d'interroger ce qui est transformé par la pratique mais aussi la plus-value apportée par la transformation. L'objectif ici étant de constater l'efficacité de la pratique.
82. La GPEC étant une notion complexe et vivante, ces travaux sont destinés à un public de juristes mais également de professionnels de santé et de directeurs d'établissements intéressés par la dynamique GPEC. Face à la complexité croissante du droit des établissements, cette thèse vise à transmettre les connaissances nouvelles et nécessaires à la compréhension du mécanisme GPMC, aux directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.
83. De fait, la GPEC est souvent perçue comme une notion paradoxale, à double visage, dont les contours mal définis lui confèrent de multiples interprétations. En tant que dispositif technique très encadré, la GPEC serait une notion mal définie source de contentieux, une

¹¹⁵ F. VIALLA, *op. cit.* p. 4.

¹¹⁶ M. GUIGUE, *Autour du mot « pratique »*. Recherche et formation, n°27, 1998. p. 115-122.

¹¹⁷ J.-M. BARBIER, *L'analyse des pratiques : questions conceptuelle*, dans C. Blanchard-Laville, D. Fablet, *L'analyse des pratiques professionnelles*, Paris, L'Harmattan, 1 996, pp. 27- 49, (p. 31). M. GUIGUE, *op. cit.*

contrainte juridique, mais toujours dans une logique de gestion des risques. Par rapport aux ambitions affichées, elle demeurerait une notion « *mythique* », controversée, un simple outil au service des ressources humaines dont les applications resteraient limitées. Cependant, de simple mécanisme obligatoire source de contentieux jurisprudentiel, son image devrait changer : la GPEC se doit d'être vue « *autrement* ».

84. S'il est vrai qu'elle est parfois le signe avant-coureur de restructurations à venir, elle est avant tout une véritable « *démarche* » prévisionnelle et opérationnelle, favorisant la gestion anticipée des besoins en ressources humaines en direction du développement des activités de santé via une meilleure qualité de la prise en charge des patients. Dès lors, si l'on envisage la GPEC différemment, elle constitue surtout une réelle opportunité, un outil stratégique de management incontournable pour les établissements de santé, permettant de garantir leur pérennisation.
85. Au regard de ces éléments, il est essentiel de structurer notre étude autour de deux questionnements : D'une part, comment la contrainte juridique s'adapte-t-elle aux établissements de santé ? Cette question sera étudiée tant du point de vue de la qualification de la GPEC que des contentieux entourant la notion. D'autre part, comment transformer la contrainte en opportunité stratégique ? Cet aspect sera étudié tant sous l'angle de l'établissement que du territoire de santé.
86. Cette approche de la GPEC en santé sera l'occasion d'appréhender la transformation de la notion en un véritable outil stratégique interrogeant la qualité de prise en charge du patient, l'équité dans l'accès aux soins, et plus généralement l'hôpital de demain.
87. Nous envisagerons donc la GPEC, sous l'angle de la contrainte juridique pour l'établissement (Première partie) et sous l'angle de l'opportunité stratégique pour l'établissement et le territoire de santé (Seconde partie).

Partie I- La GPEC, une contrainte juridique pour l'établissement de santé.

Partie II- La GPEC, Une opportunité stratégique pour l'établissement de santé et le territoire de santé

PREMIÈRE PARTIE

LA GPEC, UNE CONTRAINTE JURIDIQUE POUR L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

« ... les idées de la raison exigent que la contrainte juridique soit fondée uniquement sur des principes de liberté... »

Kant, *Doctrine du Droit*.

« La contrainte juridique, qui s'exprime par la sanction de la non-observation des règles juridiques, n'est ni violence ni opposition dans l'Etat de droit. La contrainte juridique n'est que la condition de la liberté ».

D. Touret, *Introduction à la sociologie et à la philosophie du droit, la bio-logique du droit*, 1995, Litec.

88. Si depuis quelques années, les juristes se sont largement intéressés au champ sanitaire, il semble pour autant que la problématique « *GPEC* » ou « *GPMC* » au sein de ce secteur, n'ait pas fait l'objet d'études juridiques très approfondies. La réserve des auteurs à l'égard de la « *chose juridique* ¹¹⁸ » s'explique très certainement par la difficulté manifeste d'appliquer une disposition issue du Code du travail, à des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux soumis au Code de santé publique et au Code de l'action sociale et des familles.
89. En effet, les juristes du travail se sont prioritairement attachés à définir la GPEC sous l'angle de son articulation contentieuse avec le Plan de Sauvegarde de l'Emploi. Or, ce type de restructuration reste tout à fait marginal dans le champ de la santé. Par ailleurs, l'obligation triennale de négocier la GPEC ne s'applique pas en tant que telle à l'hôpital public, disposant de la faculté de s'engager dans une telle démarche, sans pour autant y être contraint par le droit du travail. En outre, beaucoup de juristes considèrent le secteur médico-social comme un secteur singulier, ne méritant pas de leur part une attention particulière. Parallèlement, il convient de reconnaître que les acteurs du secteur médico-social n'accordent que très peu de crédit à la norme juridique et considèrent que « *le droit est davantage constitué d'obstacles et d'interdits destinés à brider les initiatives* » ¹¹⁹.
90. C'est très certainement en raison de ces difficultés et afin de se détacher de la contrainte que représente le droit du travail, que les acteurs du champ sanitaire, social et médico-social préfèrent utiliser l'acronyme « *GPMC* », à celui de « *GPEC* ». Pour autant, la pratique « *GPMC* » est indissociable mais également dépendante du principe juridique GPEC. Elle n'en n'est que la résultante. Dès lors, il paraît tout à fait improbable de faire l'impasse sur le mécanisme juridique. Il convient donc de replacer la notion visée par le Code du travail, au sein de l'environnement juridique du secteur sanitaire, social et médico-social.
91. Le droit, en tant que « *mécanisme d'encadrement du fait social* » ¹²⁰, s'invite donc au cœur des établissements. Pour autant, ce « *droit ne saurait être une fin* ». « *Il n'est qu'un moyen* » ¹²¹, un outil utile profitable aux acteurs de terrain et notamment au patient et à

¹¹⁸ F. VIALLA, *Jurisprudences du secteur social et médico-social*, DUNOD, 2012, p. 1.

¹¹⁹ F. VIALLA, *op. cit.*

¹²⁰ DURKHEIM.

¹²¹ F. VIALLA, *La faute d'humanisme*, Revue générale de droit médical, numéro spécial 2013, Dix ans d'application de la loi Kouchner, p. 63.

l'usager du système de santé.¹²² A des fins d'effectivité et d'efficacité, la norme juridique s'accompagne donc d'un caractère « *sanctionnable* »¹²³. Dès lors, la compréhension du mécanisme juridique GPEC est indispensable aux acteurs de terrain, soucieux de mettre en œuvre une telle démarche au sein de leur établissement.

92. En effet, la GPEC se trouve au confluent du droit du travail et du droit de la santé, matières toutes deux flexibles, techniques et complexes, nécessitant de fait d'être envisagées sous le prisme de la réalité du terrain. Afin d'aborder la GPEC dans le champ de la santé, il convient donc de resituer la notion au sein de l'environnement juridique des établissements et de l'étudier de manière pratique, à travers l'actualité et l'activité contentieuse.¹²⁴
93. Ici, nous avons fait le choix de réunir notion juridique et pratique de terrain, à travers l'étude de la qualification de la notion, confrontée au particularisme de l'organisation juridique des professions de santé (Titre I) et de l'activité contentieuse du secteur (Titre II), confrontée aux opérations de recompositions hospitalières (Titre II).
94. Cette première partie sera l'occasion d'étudier la GPEC en tant que contrainte juridique à la qualification aux contours incertains (Titre I), puis en tant que contrainte juridique source de contentieux (Titre II).

¹²² F. VIALLA, DUNOD, *op. cit.* p. 3-4.

¹²³ F. VIALLA, *Revue générale de droit médical*, *op. cit.* p. 63.

¹²⁴ F. VIALLA, *op. cit.* p. 3-4.

TITRE PREMIER

UNE CONTRAINTE JURIDIQUE À LA QUALIFICATION AUX CONTOURS INCERTAINS

95. L'étude de la contrainte juridique invite à l'examen du cadre juridique de la GPEC, son fondement et son régime. Une telle analyse suppose d'examiner la qualification effectuée par le législateur, les juges, la doctrine et plus généralement par les experts en la matière. Cette démarche engage donc une réflexion autour de la définition et de la qualification de la GPEC. Il s'agit là de réaliser « *une opération intellectuelle d'analyse juridique, outil essentiel de la pensée juridique, consistant à prendre en considération l'élément qu'il s'agit de qualifier et à le faire entrer dans une catégorie préexistante en reconnaissant en lui, les caractéristiques essentielles de la catégorie de rattachement* »¹²⁵.
96. A bien des égards, la qualification donnée à la GPEC est source de controverses. Confrontée aux divergences des gestionnaires en ressources humaines, des juristes en droit du travail et des praticiens du droit de la santé, la GPEC ne semble pas parvenir à réunir les auteurs autour d'une même qualification. Au regard de ces différentes analyses, il conviendra pourtant de définir la notion sous le prisme du droit de la santé et du particularisme de l'organisation juridique de la profession, fondée non sur la compétence mais sur la qualification postulée par un diplôme.
97. Ce travail préalable nous permettra d'apprécier les enjeux auxquels est confrontée la notion, aux regards notamment de la « *juridicisation* »¹²⁶ du secteur et de l'évolution de l'environnement juridique des établissements.
98. Il nous a paru opportun d'établir le lien entre la qualification aux contours manifestement incertains de la notion et les changements juridiques, économiques ou sociaux auxquels elle est confrontée.
99. Dès lors, notre étude portera sur une qualification aux contours mal définis (Chapitre premier), nous permettant d'apprécier une démarche d'anticipation au cœur du changement (Chapitre second).

¹²⁵ Gérard CORNU, *Vocabulaire juridique*.

¹²⁶ F. VIALLA, Dunod, *op. cit.* p. 3.

CHAPITRE PREMIER

UNE QUALIFICATION AUX CONTOURS MAL DÉFINIS

100. Consacrée institutionnellement en 2005 par la Loi BORLOO, la GPEC s'invite aujourd'hui au cœur des politiques RH des établissements de santé, pour devenir l'axe majeur de développement des ressources humaines, permettant ainsi de garantir la pérennisation de ces établissements.
101. Promue au rang de levier nécessaire à « *l'amélioration de la performance des établissements de santé et médico-sociaux*¹²⁷ », la GPEC n'en demeure pas moins une notion floue, aux contours mal définis, source de paradoxes. Telle une nébuleuse insaisissable, elle a suscité l'intérêt des experts, fascinés par une notion tout à fait singulière, tant du point de vue de sa construction que de sa définition juridique. De simple pratique gestionnaire, née dans l'univers des ressources humaines, la GPEC a progressivement évolué, au gré des réformes législatives, avant d'être définitivement légitimée par le droit du travail en 2005, qui s'est toutefois abstenu de lui conférer une quelconque définition juridique. Cette absence de définition de la part du législateur a suscité l'interrogation. La GPEC ferait-elle partie de ces notions incapables d'être définies ? S'il est vrai que « *définir c'est limiter*¹²⁸ », prétendre définir la GPEC serait peut-être certes la limiter, mais surtout la déformer, voire la supprimer en lui ôtant sa flexibilité par le biais de frontières trop rigides. En effet, si la doctrine porte un intérêt croissant à la démarche GPEC, c'est bien parce qu'elle est une notion aux contours incertains, hétérogènes, voire multiformes. Chaque catégorie d'établissements sanitaires et

¹²⁷ *Améliorer la gestion des ressources humaines. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Recueil des pratiques observées.* ANAP.

¹²⁸ Oscar WILDE.

médico-sociaux, qu'ils soient publics ou privés, qui envisage d'« adopter » une telle démarche, pourra ainsi l'« adapter » à la typologie de sa structure.

102. A travers ce chapitre, nous nous attacherons à la GPEC, en tant que notion singulière, suscitant l'intérêt du législateur, que ce soit en droit du travail ou en droit social communautaire, mais aussi de la doctrine en quête d'une définition plus précise permettant de circonscrire d'avantage la notion et les concepts qui lui sont associés. Afin de bien comprendre la construction juridique et le sens que l'on peut donner à cette notion, nous envisagerons donc successivement les prémices et la consécration de la GPEC (Section I), avant d'appréhender les controverses et consensus autour de la GPEC (Section II).

Section 1 – Prémices et consécration

103. La GPEC s'est progressivement imposée en matière sanitaire comme un impératif de gestion favorisant le développement et la modernisation de ces établissements. Reconnue dans le secteur public en 1989, par la circulaire ROCARD dite « *de modernisation du secteur public* », préconisant de « *passer d'une gestion exclusivement sanitaire à une gestion plus centrée sur les métiers et les compétences* », la GPEC s'est étoffée dans le milieu hospitalier grâce à de nombreuses mesures et notamment grâce au décret du 28 décembre 2001 créant l'observatoire national des emplois et des métiers.
104. Si le secteur de la santé a marqué son attachement à cette démarche, les véritables origines de la GPEC sont bien plus anciennes et émergent dans le monde de l'entreprise industrielle, dans un contexte de fortes restructurations, favorisant la création de lois protectrices contre les licenciements économiques et incitant les partenaires sociaux à anticiper les difficultés économiques. Les prémices de la GPEC apparaissent donc en droit du travail, à travers le développement des attributions économiques du comité d'entreprise (CE), instance de concertation primordiale au sein de toute entreprise, permettant d'informer le personnel des difficultés économiques et d'anticiper les restructurations. Le droit social communautaire s'est également emparé du sujet en mettant en œuvre une véritable politique communautaire d'anticipation des restructurations. Somme toute consacrée en droit français par la loi BORLOO de 2005, la GPEC n'a cessé de se développer par diverses mesures et Accords Nationaux Interprofessionnels (ANI) s'imposant ainsi au champ de la santé. Afin de

retracer « *les chemins de la GPEC*¹²⁹ », nous nous attacherons aux prémices (§1) et à la consécration de la notion (§2).

§1- Les prémices de la GPEC

105. La GPEC n'est pas née « *ex nihilo*¹³⁰ », elle est le fruit de nombreuses esquisses, et de réformes juridiques permettant d'en dessiner graduellement les contours et les implications. Reconnue comme étant « *une préoccupation qui vient de loin*¹³¹ », elle a fait l'objet de toutes les attentions du législateur français et européen avant d'être consacrée par la loi BORLOO en 2005. Afin de mieux cerner le contenu de la notion, il convient de nous attacher à l'étude des balbutiements de la GPEC, et par là même, de jeter un regard en amont dans le droit français (I) et européen (II).

I- Les prémices de la GPEC en droit français

106. Le développement de la littérature et des débats d'experts autour de la GPEC, soulignent le regain d'intérêt porté à cette notion, qui plus qu'un concept « *à la mode* », est le fruit d'une lente évolution historique et législative. Apparues dans l'ordonnance de 1945, les cellules embryonnaires d'une gestion anticipative de l'emploi se sont étoffées, notamment grâce à l'ANI de 1969. 20 ans plus tard, la GPEC verra finalement émerger ses lettres de noblesse avec la loi du 2 août 1989. *In fine*, la loi de modernisation sociale de 2002, étape cruciale dans la métamorphose de la notion, viendra sonner le glas d'une simple incitation à une gestion concertée de l'emploi, pour initier une véritable obligation d'anticipation et de gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences. Afin d'appréhender au mieux les origines et la progression législative de la notion, il convient de se référer aux différentes

¹²⁹ S. BELLINI, (2009), *Les chemins de la GPEC. Les enseignements d'une recherche-intervention sur l'appropriation de la démarche GPEC dans le secteur médico-social*, Actes du XXe Congrès de l'AGRH, Toulouse, septembre, France.

¹³⁰ Expression latine signifiant à partir de rien.

¹³¹ *Anticiper et concerter les mutations*. Rapport de Monsieur Henri ROUILLEAULT, administrateur de l'INSEE, directeur général de l'ANACT. Quelques temps après la promulgation de la loi de cohésion sociale du 18 janvier 2005, messieurs les ministres Jean-Louis BORLOO et Gérard LARCHER ont confié la mission à Monsieur Henri ROUILLEAULT d'établir un rapport « *faisant état des lieux des bonnes pratiques de négociation et de mise en œuvre, des difficultés rencontrées et des différentes préconisations opérationnelles* ».

étapes de construction de la GPEC, de l'incitation-concertation, à l'obligation-sanction¹³². Nous constaterons que le législateur a d'abord fait de la GPEC un objet de consultation (A), avant d'en faire une source de sanction (B).

A- La GPEC, objet de consultation

107. La GPEC constitue une notion juridique ambiguë voire mal définie, mais paradoxalement déjà ancienne. Ainsi que le précisait Monsieur Frédéric BRUGGEMAN¹³³, « *la GPEC ne date pas d'hier !* ». Les historiens du droit de l'emploi retraçant la « *carrière* » de la notion, déterminent sa genèse par l'ordonnance du 22 février 1945¹³⁴, modifiée¹³⁵ par la loi de 1946¹³⁶, créant les comités d'entreprise. En effet, l'ordonnance de 1945 marque une volonté de créer une « *coopération entre la direction et les représentants du personnel* ». Elle lui confère ainsi des attributions économiques telles que le comité devait être « *obligatoirement informé des questions intéressant la marche générale de l'entreprise* », et notamment « *sur les mesures de nature à affecter le volume et la structure des effectifs* ». La loi du 16 mai 1946, quant à elle, élargit les attributions économiques du comité en ajoutant à l'obligation d'information, la consultation sur la marche générale de l'entreprise. L'émergence du « *statut moderne*¹³⁷ » du CE, constitue ainsi l'un des premiers balbutiements du droit français en matière d'anticipation et de conséquences sur l'emploi.

¹³² Maître T. PROFIT, Directeur associé FIDAL. *GPEC : de l'incitation-concertation à l'obligation-sanction*. <http://www.e-rh.org>.

¹³³ Frédéric BRUGGEMAN est directeur du cabinet de conseil « *Amnyos Mutations Economiques* ». Il s'est intéressé à l'évolution historique de la GPEC ainsi qu'à l'émergence de la GPECT.

¹³⁴ Ordonnance du 22 février 1945, JO 23 février, J.-P. LE CROM, *Une révolution par la loi ? L'Ordonnance du 22 février 1945 sur les comités d'entreprise*, in Deux siècles de droit du travail, sous la dir. de J.-P. LE CROM, Editions de l'atelier, 1998, p. 165 ; D. PEPY, *Les comités d'entreprise. L'ordonnance du 22 février 1945*, Droit social, 1945, p. 46 ; J. MOTTIN, *Les comités d'entreprise. Etude de l'ordonnance du 22 février 1945*, JCP, 1945, I, 470.

¹³⁵ Bien que l'ordonnance du 22 février 1945 soit à l'origine de la création du comité d'entreprise, il serait plus pertinent de faire référence à « *l'ordonnance de 1945, modifiée par la loi du 16 mai 1946* » pour déterminer le fondement textuel des attributions économiques du comité d'entreprise. V. FRANCONI. Thèse de doctorat en droit, université Lumière Lyon 2, *L'actualité des attributions économiques du comité d'entreprise en matière économique*.

¹³⁶ Loi n° 46-1065 du 16 mai 1946 tendant à modifier l'ordonnance du 22 février 1945, JO 17 et 23 mai.

¹³⁷ M.COHEN, *Le droit des comités d'entreprise et des comités de groupe*, LGDJ, 7^{ème} édition, 2003, p.48.

108. Quelques années plus tard, l'accord national interprofessionnel (ANI) du 10 février 1969¹³⁸ précisait que « *les entreprises doivent s'efforcer de faire des prévisions de façon à établir les bases d'une politique de l'emploi. Lorsqu'elles entreprennent des opérations de fusion ; de concentration, elles doivent intégrer des incidences prévisibles en ce qui concerne l'emploi et préparer des solutions permettant de réduire les éventuels licenciements, notamment par un effort de formation facilitant les mutations internes* ». L'accord du 10 février 1969 tentait donc déjà d'anticiper, voire d'« *amortir les effets sociaux des restructurations* »¹³⁹. Un avenant à l'accord national interprofessionnel ¹⁴⁰, fera d'ailleurs référence à la notion de « *plan social* »¹⁴¹, précurseur du plan de sauvegarde de l'emploi, dont l'objet est de regrouper l'ensemble des mesures prises par une entreprise au moment d'un licenciement collectif économique, et destinées au reclassement des salariés licenciés.

109. Le processus de développement de la GPEC s'est donc déroulé dans un contexte législatif de restructuration, de réforme du droit du licenciement et de renforcement des attributions économiques du CE. La loi du 3 janvier 1975¹⁴² relative aux licenciements pour causes économiques instaure ainsi, une obligation d'information et de consultation du CE en cas de licenciements économiques collectifs, et met en œuvre une autorisation administrative de licenciement ayant pour objet de vérifier le respect de la procédure et la portée du plan social. Les lois « *Auroux* » de 1982¹⁴³, réformant le droit du travail¹⁴⁴, viendront également offrir des garanties aux salariés en renforçant les attributions économiques du CE. Monsieur Jean AUROUX précisera à ce sujet que « *le CE est l'institution désignée historiquement et pratiquement pour bénéficier des dispositions qui permettent d'agir en ce domaine [économique]* »¹⁴⁵.

¹³⁸ Y. DELAMOTTE, *L'ANI sur la sécurité de l'emploi du 10 février 1969*, Dr.soc. 1969, p.498.

¹³⁹ J-E. RAY, *Avant-propos, pour des restructurations socialement responsables*, Dr.soc. mars 2006, p. 249 à 259.

¹⁴⁰ Avenant daté du 21 novembre 1974.

¹⁴¹ Mis en œuvre par la loi « *Soisson* » du 2 août 1989, le plan social est aujourd'hui désigné plan de sauvegarde de l'emploi.

¹⁴² Loi n° 75-6 du 3 janvier 1975 sur les licenciements économiques.

¹⁴³ Lois Auroux : loi du 4 août 1982 relative aux libertés des travailleurs dans l'entreprise, loi du 28 octobre 1982 relative au développement des institutions représentatives du personnel, loi du 13 novembre 1982 relative à la négociation collective et au règlement des conflits collectifs du travail, loi du 23 décembre 1982 relative au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

¹⁴⁴ J. AUROUX, *Un nouveau droit du travail ?*, Droit social, 1983, p. 3.

¹⁴⁵ J. AUROUX, *Les droits des travailleurs*, Rapport au Président de la République et au Premier Ministre, La Documentation française, 1982.

110. L'année 1986, sera également déterminante dans l'évolution du droit du licenciement économique, dans la mesure où la loi du 3 juillet 1986¹⁴⁶ supprimant partiellement l'autorisation administrative de licenciement, sera complétée par l'accord national interprofessionnel du 20 octobre 1986¹⁴⁷ sur l'emploi, instituant des conventions de conversion offertes aux salariés licenciés. Cet accord précisera d'ailleurs que le CE doit être informé par écrit « *des raisons économiques, financières ou techniques [...] de l'importance des licenciements envisagés et des catégories professionnelles concernées*¹⁴⁸ ».
111. L'évolution de la définition des attributions économiques du CE constitue donc une approche embryonnaire de la gestion prévisionnelle de l'emploi. Cependant, La notion ne s'est véritablement développée qu'à travers la loi du 2 août 1989 relative à la prévention du licenciement économique et au droit de conversion¹⁴⁹. Celle-ci contient une obligation d'informer et de consulter le CE sur l'évolution et les prévisions annuelles ou pluriannuelles de l'emploi et des qualifications, destinée en priorité aux salariés les plus exposés « *aux conséquences de l'évolution économique ou technologique*¹⁵⁰ ». Les sigles G.P.E, G.P.E.Q ou G.P.E.C commencent à faire leur apparition, et prennent ainsi tout leur sens. La consultation sur les prévisions annuelles ou pluriannuelles de l'emploi et des qualifications évolue pas à pas, vers un véritable devoir de l'employeur, sanctionné par les juges de l'ordre social (B).

B- La GPEC, source de sanction

112. L'obligation d'adapter le salarié à son poste de travail, compte tenu notamment de l'évolution de l'emploi et des technologies, constitue la pierre angulaire de l'obligation d'anticiper et de gérer de manière prévisionnelle l'emploi et les compétences dans l'entreprise. Quelques années avant la loi Aubry II, la Cour de cassation précisait déjà dans l'arrêt « *Expovit* » de 1992¹⁵¹ que « *l'employeur tenu d'exécuter de bonne foi le contrat a le*

¹⁴⁶ Loi n°86-797 DU 3 juillet 1986 parue au JO du 4 juillet 1986 n° 86-797 du 3 juillet 1986. H. ROUILLEAULT, *op.cit.* Selon l'auteur, la suppression de l'autorisation administrative de licenciement n'aura pour conséquences, ni l'augmentation des emplois, ni l'augmentation des licenciements. En revanche, cela induira un accroissement du contrôle judiciaire.

¹⁴⁷ In bulletin officiel des conventions collectives, n°86/47 du 24/12/1986, pp. 40-55.

¹⁴⁸ H. ROUILLEAULT, *op.cit.*

¹⁴⁹ Loi n°89-549 du 2 août 1989.

¹⁵⁰ Art. L.2323-56 c. travail (anciennement L.432-1-1).

¹⁵¹ Cass. Soc. 25 février 1992, société Expovit c/ Dehaynain, Bull. V, n° 122. La Cour de cassation considère que l'employeur n'a pas satisfait à son obligation d'adaptation « *en supprimant un poste de*

devoir d'assurer l'adaptation des salariés à l'évolution de leur emploi ». A défaut, le licenciement pour motif économique serait privé de cause réelle et sérieuse. La chambre sociale de la cour de cassation allait même jusqu'à préciser en 2001¹⁵², qu'en cas de nécessité, l'employeur est tenu de proposer aux salariés une formation complémentaire de nature à leur permettre de conserver leur emploi dans l'entreprise.

113. Véritable pierre à l'édifice, la loi Aubry II du 19 janvier 2000¹⁵³ viendra consacrer ce courant jurisprudentiel en introduisant dans le code du travail, une obligation d'adaptation des salariés à l'évolution de leurs emplois, par des actions de formation. Ainsi, l'article L.321-1 précise que *« le licenciement pour motif économique d'un salarié ne peut intervenir que lorsque tous les efforts de formation et d'adaptation ont été réalisés et que le reclassement de l'intéressé ne peut être réalisé dans le cadre de l'entreprise »*. Par cette réforme, le législateur marque sa volonté de faire de la gestion prévisionnelle des ressources humaines, une obligation fondamentale, et indispensable à toute procédure de licenciement pour motif économique.

114. La loi de modernisation sociale établira également un lien étroit entre l'obligation d'adaptation et le droit à la formation professionnelle, et rappelle notamment que *« l'employeur a l'obligation d'assurer l'adaptation de ses salariés à l'évolution de leurs emplois »*¹⁵⁴.

115. Ces dispositions seront complétées par la loi du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle et au dialogue social, dont les dispositions créeront à la charge de l'employeur l'obligation de *« veiller au maintien de l'employabilité de ses salariés »*¹⁵⁵. L'article L.930-1 franchira ainsi une étape supplémentaire en mentionnant que l'employeur doit veiller *« au maintien de leur capacité à occuper un emploi, au regard notamment de l'évolution des emplois, des technologies et des organisations »*.

responsable du fichier client informatique mais engagé au même moment une facturière alors qu'il avait la possibilité de reclasser la salariée licenciée dans cet emploi compatible avec ses capacités ».

¹⁵² Cass. Soc. 3 avril 2001, Liaisons Sociales, Jurisprudence Hebdo n° 714 du 17 avril 2001.

¹⁵³ Loi n°2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail, dite Aubry II.

¹⁵⁴ Art. L.932-2 c. travail.

¹⁵⁵ Liaisons Sociales, Jurisprudence Hebdo n° 254 / 2007 du 8 novembre 2007.

116. Véritable obligation de portée générale, l'obligation de veiller à l'adaptation et au maintien de l'employabilité des salariés de l'entreprise, est désormais source de sanction pour l'employeur, susceptible de voir ses licenciements privés de cause réelle et sérieuse, ou frappés de nullité. En effet, conformément à l'article 112 de la loi de modernisation sociale¹⁵⁶, dans l'hypothèse d'un licenciement économique collectif¹⁵⁷, « *l'employeur doit établir et mettre en œuvre un plan de sauvegarde de l'emploi pour éviter les licenciements ou en limiter le nombre et pour faciliter le reclassement du personnel dont le licenciement ne pourrait être évité* ». La procédure de licenciement est nulle et de nul effet, tant qu'un plan visant au reclassement de salariés s'intégrant au plan de sauvegarde de l'emploi n'a pas été présenté aux représentants du personnel. La nullité entraînant par la force des choses, la réintégration des salariés licenciés, ainsi que le versement des indemnités afférentes.
117. Si la notion de GPEC s'est développé à travers les dispositions du droit du travail et notamment du droit du licenciement économique, le droit social communautaire a également contribué à sa construction juridique.

II- Les prémices de la GPEC en droit social communautaire

118. La consultation préalable des partenaires sociaux apparaît comme étant un sujet d'actualité en droit communautaire. Ce dernier est favorable à la mise en œuvre de mesures permettant d'anticiper les restructurations et de gérer de manière prévisionnelle l'emploi. L'étude des directives (A) et autres outils communautaires (B) permettra ainsi de constater l'intérêt du législateur communautaire pour l'anticipation et la gestion du changement, à l'origine de la notion de GPEC.

A- Les directives communautaires

119. Dans un contexte politique où les investigations relatives aux enjeux de la mondialisation en matière d'emploi, et, où les réflexions quant à l'émergence d'un dialogue international trouvent une place centrale dans les préoccupations du Bureau International du

¹⁵⁶ Art. L.321-4-1 c. travail.

¹⁵⁷ Lorsque le nombre de licenciements est au moins égal à dix dans une même période de trente jours.

Travail¹⁵⁸ (BIT), il serait tout à fait singulier de ne pas observer les règles juridiques universelles ou européennes¹⁵⁹ applicables à la GPEC.

120. Le « *droit communautaire du travail et de l'emploi*¹⁶⁰ » n'a donc pas manqué de marquer son attachement au problème juridique de la GPEC, contribuant par là même à en faire un sujet d'actualité, notamment en ce qui concerne les licenciements économiques. La Charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs¹⁶¹, dite charte sociale, rappelle le droit « *d'information, de consultation et de participation* », inhérent à tous travailleurs, en cas de « *restructurations ou de fusion des entreprises affectant l'emploi des travailleurs* ». L'ensemble de ces droits sont d'ailleurs repris dans la Charte des droits fondamentaux de Nice du 7 décembre 2000¹⁶².

121. Les directives de 1975 sur les licenciements collectifs et de 1977 sur les transferts d'entreprise¹⁶³, précisaient déjà que les états membres avaient l'obligation de prévoir dans leur droit interne, l'information et la consultation des représentants des travailleurs. Ce principe fondamental a par ailleurs été reprecisé par la directive « *Vilvorde*¹⁶⁴ » de 2002, autorisant la prise en considération de « *choix économiques moins coûteux en emplois* ». La directive préconise ainsi de renforcer le dialogue social afin d'anticiper les risques de restructuration.

¹⁵⁸ *L'internationalisation de l'emploi : un défi pour une mondialisation juste ?* Réunion informelle des ministres du travail et des affaires sociales de l'union européenne. Le thème de l'internationalisation de l'emploi a été abordé lors d'une conférence organisée par le ministère français de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, les 11 et 12 avril 2005. A cette occasion, les parties ont pu envisager la manière de promouvoir les normes internationales du travail de l'OIT, par l'intermédiaire, notamment, des accords-cadres internationaux, entre les organisations syndicales et les sociétés multinationales.

¹⁵⁹ M. BONNECHERE, *Travail décent et modernisation du droit du travail*. Travail et emploi-113-janvier -avril 2008 : *Flexicurité et réforme du marché du travail*. <http://travailemploi.revues.org/2324>.

¹⁶⁰ F.MOREL. 2006, *l'Europe du travail et de l'emploi en 70 fiches*, édition Liaisons.

¹⁶¹ Charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs du 9 décembre 1989.

¹⁶² La Charte des droits fondamentaux est une déclaration des droits adoptée le 7 décembre 2000 par l'Union Européenne. Le traité de Lisbonne de 2007 fait mention de la Charte dans son article relatif aux droits fondamentaux et lui confère ainsi une force juridique contraignante.

¹⁶³ Directive 75/129/CEE du Conseil des Communautés Européennes du 17 février 1975, concernant le rapprochement des législations des États membres relatives aux licenciements collectifs ; directive 77/187/CEE du Conseil des Communautés Européennes du 14 février 1977, relative au maintien des droits des travailleurs en cas de transferts d'entreprises, d'établissements ou de parties d'établissement. Ces directives ont été modifiées par la directive 98/59 du 20 juillet 1998, JOCEL, 225 et par la directive 2001/23 du 12 mars 2001, JOCE 22 mars 2001.

¹⁶⁴ Directive n°2002/14/CE, JOCE du 11 mars 2002. La directive dite « *Vilvorde* » a été adoptée suite au conflit social relatif à la fermeture de l'usine Renault à Vilvorde en Belgique. La directive concerne les entreprises de 50 salariés au moins, et garantie quel que soit le pays de travail des salariés, un même niveau d'information en cas de réorganisation de leurs sites de travail.

« La notion de dialogue social permet donc d'introduire, quoique de manière peu explicite, l'idée d'une certaine anticipation¹⁶⁵ ». Le droit européen de la consultation apparaît ainsi beaucoup plus strict que le droit français en la matière. Alors que le droit français assimile la consultation à un simple avis, le droit européen, associe la consultation à un véritable processus de négociation. Maître GRUNMBACH, avocat des syndicats dans l'affaire « Vilvorde », précisera d'ailleurs que « le droit de l'union, c'est information/négociation/consultation. Le droit français, c'est information/consultation¹⁶⁶ ».

122. La directive du 22 septembre 1994 sur les comités d'entreprises européens¹⁶⁷, occupera également une place de choix parmi les textes fondateurs d'une gestion préventive de l'emploi, en précisant que l'entreprise a l'obligation d'informer et de consulter les membres du comité notamment en cas de « *délocalisation, de fermetures d'entreprises [...] ou de licenciements collectifs* ».

123. Outre ces directives, un certain nombre d'autres outils communautaires sont à l'origine d'un véritable plébiscite en faveur de l'anticipation et de la gestion préventive de l'emploi.

B- Les autres outils communautaires

124. Le droit communautaire a contribué à la mise en œuvre d'une gestion sociale et préventive des restructurations, par l'intermédiaire de divers instruments communautaires incitant à la consultation des partenaires sociaux. La Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie au travail (Eurofound)¹⁶⁸ de Dublin créée en 1975, a ainsi eu pour principal objet, comme son nom l'indique, l'amélioration des conditions de vie et de travail en Europe. L'observatoire européen du changement mis en place au sein de cette même Fondation européenne, a ainsi été institué en 2001 afin d'initier une véritable politique d'« *anticipation et de gestion du changement* ». L'European Restructuring Monitor (ERM), créée en 2002, viendra également compléter cet arsenal européen en jouant un rôle

¹⁶⁵ Propos de C-E TRIOMPHE, délégué général de l'université européenne du travail, France.

¹⁶⁶ H. ROUILLEAULT, *op.cit.*

¹⁶⁷ La directive 94/95/CE a été révisée par la directive 2009/38/CE. Cette directive a été adoptée par le parlement européen et le conseil des ministres le 5 mai 2009 (Publication au Journal Officiel de l'union européenne le 16 mai 2009, L.122/28-44). Elle rappelle le caractère nécessairement préalable d'une consultation, qui doit avoir lieu « *à un moment, d'une façon et avec le contenu qui permettent aux représentants des travailleurs [...] d'exprimer dans un délai raisonnable, un avis* » (article 2).

¹⁶⁸ <http://www.eurofound.europa.eu/>.

d'anticipation, en assurant le recensement des cas de restructurations de l'ensemble des états membres.

125. Les préoccupations européennes en matière d'anticipation et de prévention des restructurations, ont également conduit à l'élaboration du rapport dit Gyllenhammar¹⁶⁹, intitulé « *gérer le changement* » et publié par la commission européenne en novembre 1998.

126. Toujours soucieuse de renforcer le dialogue social au niveau européen¹⁷⁰, la commission européenne a présenté, suite au rapport Gyllenhammar, une communication en 2002 sous la dénomination : « *Anticiper et gérer le changement : une approche dynamique des aspects sociaux des restructurations d'entreprises* ». Cette communication a été l'occasion pour les partenaires sociaux interprofessionnels¹⁷¹ de s'impliquer et de participer aux débats, afin d'identifier les meilleures pratiques permettant d'anticiper et de gérer les restructurations. Les partenaires sociaux interprofessionnels ont ainsi produit des « *orientations de référence pour gérer le changement et ses conséquences sociales*¹⁷² », le 16 mai 2003. Ces débats d'experts sur les méthodes permettant d'anticiper et gérer le changement ont été suivis d'une deuxième communication le 31 mars 2005, intitulée « *restructurations et emploi. Anticiper et accompagner les restructurations pour développer l'emploi : le rôle de l'union européenne*¹⁷³ ». Cette communication sera donc une nouvelle occasion pour la commission européenne de marquer son attachement au dialogue social, comme outil d'anticipation des restructurations au niveau européen.

127. *In fine*, rappelons qu'en matière jurisprudentielle, la Cour de Justice des Communautés Européennes a rappelé dans un arrêt du 18 janvier 2007¹⁷⁴, la « *dimension régulatrice du droit social communautaire* » en matière d'information-consultation des représentants du personnel.

¹⁶⁹ A l'occasion du sommet sur l'emploi de Luxembourg en 1997, un conseil européen extraordinaire a sollicité un groupe d'expert, présidé par Pehr GYLLENHAMMAR, pour faire un point sur les conséquences économiques et sociales des mutations industrielles.

¹⁷⁰ I. DA COSTA, *Restructuration en Europe et dialogue social face à la crise*. Document de travail préparé par Isabel DA COSTA. CNRS-IDHE. Ecole normale supérieure de Cachan.

¹⁷¹ CES-UNICE devenu BUSINESSEUROPE, UEAPME et CEEP.

¹⁷² <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=782&langId=fr&furtherEvents=yes>.

¹⁷³ http://ec.europa.eu/employment_social/news/2005/apr/com_restruct_fr.pdf.

¹⁷⁴ Sur le fondement des directives communautaires précitées, la CJCE a précisé qu'une législation nationale ne pouvait écarter les jeunes travailleurs du calcul des effectifs préalables à l'établissement des procédures d'information-consultation.

128. Le droit communautaire a donc très largement affiché ses préoccupations en matière de gestion préventive des emplois, en tant que moyen permettant d'anticiper les restructurations. En droit français, la loi BORLOO viendra conforter ces aspirations en instituant une véritable obligation triennale de négocier la GPEC.

§2- La consécration de la GPEC

129. Si la loi BORLOO donne à la GPEC une véritable légitimation institutionnelle, de nombreux textes ultérieurs viendront également enrichir cette notion dont l'évolution semble loin d'être achevée. Il est donc intéressant de s'attacher tant aux textes entérinant la GPEC en droit français, qu'aux textes complétant la notion. Nous examinerons donc successivement, les orientations de la loi BORLOO sur l'obligation triennale de négocier (I), ainsi que les textes qui lui sont postérieurs (II).

I- La loi BORLOO et l'obligation triennale de négocier

130. Au gré des évolutions conjoncturelles, la GPEC a su trouver une place de partenaire privilégié au sein des directions des ressources humaines des établissements de santé, suscitant ainsi l'intérêt du droit du travail, ce dernier ayant horreur du vide¹⁷⁵, qui s'en saisira finalement avec la loi de « *programmation et cohésion sociale* » du 18 janvier 2005. De simple pratique RH, la GPEC a reçu une véritable légitimation institutionnelle, et s'est hissée au rang des outils juridiques indispensables au juriste d'entreprise, garant notamment du respect des obligations réglementaires. En instaurant une obligation triennale de négociation pour les entreprises de plus de 300 salariés, la loi Borloo créer une « *obligation juridique permanente* », et devient surtout « *un facteur déterminant pour éviter les restructurations brutales*¹⁷⁶ ».
131. Les articles L.2241-4, L.2242-15 et L.2242-16 du Code du travail, rendent ainsi obligatoire au niveau des branches, des entreprises et des groupes occupant au moins 300 salariés, ainsi que dans les entreprise et groupes de dimension communautaire comportant au

¹⁷⁵ L. DUCLOT, *Le droit de la bonne pratique. Enquête sur une norme de gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences*. Cahiers philosophiques, n°116, décembre 2008, p.45.

¹⁷⁶ Propos de Monsieur G. LARCHER.

moins 150 salariés en France, la mise en œuvre d'une négociation tous les 3 ans. Cette négociation a notamment pour objet les modalités d'information et de consultation du comité d'entreprise sur la stratégie de l'entreprise et ses effets prévisibles sur l'emploi et sur les salaires. Cette dernière porte également sur la mise en place d'un dispositif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ainsi que sur les modalités d'accompagnement susceptibles de lui être associées, en particulier en matière de formation, de validation des acquis de l'expérience, de bilan de compétences ainsi que d'accompagnement de la mobilité professionnelle et géographique des salariés¹⁷⁷. Elle peut également porter sur les conditions d'accès et de maintien dans l'emploi des salariés âgés et de leur accès à la formation professionnelle¹⁷⁸.

132. A ces thèmes obligatoires peuvent également s'ajouter d'autres sujets tels que les modalités d'information et de consultation du comité d'entreprise lorsque l'employeur envisage de prononcer le licenciement économique d'au moins 10 salariés sur une même période de 30 jours¹⁷⁹, les conditions dans lesquelles l'établissement du plan de sauvegarde de l'emploi fait l'objet d'un accord, ainsi que l'anticipation du contenu de ce plan¹⁸⁰.

133. La GPEC ne fait donc pas figure d'une obligation nouvelle, mais d'une obligation pour les entreprises et les groupes comportant au moins 300 salariés, de négocier de manière triennale. En outre, il s'agit d'une simple obligation de moyen et non de résultat pour l'employeur d'engager tous les 3 ans une négociation. En effet, rien ne l'oblige en cas d'échec des négociations, d'instaurer une démarche GPEC, sous réserve, toutefois, de remplir son obligation d'adaptation des salariés à leur poste de travail, et donc de veiller à leur employabilité, en vertu de l'article L.6321-1 du Code du travail.

134. Notons que la nouvelle codification du Code du travail, entrée en vigueur le 1^{er} mars 2008¹⁸¹, a déplacé la négociation triennale dans le livre II de la deuxième partie du code, portant sur la négociation collective. Ce nouveau positionnement n'est pas dénué d'importance, car dans l'ancien code, la GPEC figurait dans un chapitre relatif à la

¹⁷⁷ Art. L.2242-15 c. travail. Anc. art. L.320-2, I, al.1, phrases 1 et 2.

¹⁷⁸ Art. L.2242-19 c. travail. Anc. art. L.123-7, al.2.

¹⁷⁹ Art. L.1233-21 c. travail. Anc. art. L.320-3, al 1.

¹⁸⁰ Art. L.1233-22 c. travail. Anc. art. L.320-3, al 2 et 3.

¹⁸¹ Prévue par une ordonnance du 12 Mars 2007, la nouvelle codification des textes sur le droit du travail est entrée en vigueur au 1er Mars 2008.

« *prévention des conséquences des mutations économiques* », dans le livre III portant sur l'emploi, juste avant les dispositions portant sur le licenciement économique. Au regard de cette nouvelle codification, certains y verront un « *lien avec le licenciement pour motif économique distendu ou affaibli*¹⁸² ».

135. Si cette nouvelle codification paraît « *plus logique*¹⁸³ », elle soulève des questionnements quant au régime applicable à la négociation triennale. Convient-il de lui appliquer le régime commun des négociations obligatoires, ou demeure-t-elle dans un régime dérogatoire ? La structuration du chapitre II relatif à la négociation obligatoire en entreprise, permettra certainement d'apporter quelques éléments de réponse à cette interrogation. En effet, si le chapitre II comprend une première section intitulée « *modalités de négociation obligatoire* », il fait également référence à une section 2 relative à la négociation annuelle, ainsi qu'à une section 3 relative à la négociation triennale. Cette composition nous amène à penser que les règles de droit commun de la négociation obligatoire ne concernent que les négociations annuelles, et que la négociation triennale relève d'un régime qui lui est propre. Cette analyse semble d'autant plus juste que l'article L.2242-1 énonce que « *dans les entreprises où sont constituées une ou plusieurs section syndicales d'organisations représentatives, l'employeur engage chaque année, une négociation sur les matières prévues par le présent chapitre* ». A défaut d'une initiative de l'employeur, le délai suivant la précédente négociation au terme duquel une organisation syndicale peut demander l'ouverture de nouvelles négociations est donc d'un an. Cet article exclu toute possibilité de négociation triennale et permet de considérer que les règles de négociations obligatoires ne concernent que la négociation annuelle.

136. La frontière entre la négociation triennale et les négociations obligatoires est cependant moins intangible qu'il n'y paraît. En effet, on peut constater que certaines règles relatives à ces négociations obligatoires, ne font référence à aucune périodicité de négociation, et devraient donc être appliquées à la négociation triennale. C'est le cas de l'article L.2242-2 sur le contenu de la réunion de négociation ne faisant mention d'aucune périodicité. Il en va de même pour les articles L.2242-3 sur l'interdiction faite à l'employeur

¹⁸² G. KESZTENBAUM, A-L DODET, O. RAULT, *La GPEC, une « symphonie inachevée » ?* Jurisprudence Sociale Lamy, 6 octobre 2008, n°241.

¹⁸³ P. LE COHU, J-M MIR, *La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*, Liaison sociale, juin 2008, p.18.

d'arrêter de manière unilatérale les mesures collectives sur les sujets négociés tant que la négociation est en cours, et L.2242-4 sur l'établissement d'un procès-verbal de désaccord.

137. L'étude de la nouvelle codification du Code du travail démontre également que l'absence de négociation sur l'institution d'une démarche GPEC est désormais sanctionnée pénalement, contrairement aux dispositions de l'ancien code. En effet, le nouvel article L.2243-2 énonce que « *le fait de se soustraire aux obligations prévues aux articles L.2242-5, L.2242-8, L.2242-9, L.2242-11 à L.2242-14 et L.2242-19 relatives au contenu de la négociation annuelle obligatoire est punie d'un emprisonnement d'un an et d'une amende de 3750 €* ». Cet article fait directement référence à L.2242-19, visant expressément la négociation triennale sur la gestion prévisionnelle des emplois, et crée de ce fait une sanction pénale en cas de non-respect des dispositions relatives à la GPEC.

138. La notion de GPEC s'est donc développée pas à pas, avant que sa consécration officielle ne soit affirmée par la loi BORLOO le 18 janvier 2005. Toutefois, loin d'avoir achevé sa construction juridique, elle a bénéficié de l'enrichissement de nombreux textes postérieurs s'inscrivant dans la logique de la loi de 2005.

II- Les textes postérieurs à la loi BORLOO

139. La GPEC, a été complétée par la loi du 30 décembre 2006 pour le développement de l'actionnariat des salariés¹⁸⁴, ainsi que par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 datée du 26 décembre 2006¹⁸⁵. En effet, si la loi de 2006 traite de mesures relatives à l'épargne salariale, elle met également en œuvre tout un ensemble de mesures sociales, et notamment une mesure de reclassement intitulée « *congé de mobilité*¹⁸⁶ ». Cette mesure, réservée aux entreprises et groupes d'au moins 1000 salariés, a pour objectif d'aider les salariés à trouver un nouvel emploi. Le cadre juridique de la démarche GPEC sera également complété par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, instaurant des mesures fiscales et sociales favorables aux accords GPEC et consistant en l'exonération des indemnités de départs volontaires versées aux salariés ayant trouvé un emploi stable, ou créé ou repris une entreprise dans la limite de 4 fois le plafond de sécurité de la sociale.

¹⁸⁴ Loi n° 2006-1770 du 30 décembre 2006 pour le développement de la participation et de l'actionnariat salarié et portant diverses dispositions d'ordre économique et social.

¹⁸⁵ Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.

¹⁸⁶ Art. L.1233-77 à L.1233-83 c. travail.

140. Les Accords Nationaux Interprofessionnels prendront également part à la construction juridique du dispositif GPEC. L'Accord National Interprofessionnel du 9 mars 2006 sur l'emploi des seniors¹⁸⁷, viendra ainsi enrichir la notion d'anticipation de l'emploi et des compétences, en prévoyant notamment que chaque salarié âgé de 45 ans bénéficie d'un entretien de deuxième partie de carrière, destiné à dresser ses compétences, ses besoins de formation, et son évolution professionnelle.
141. Par ailleurs, l'accord du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail¹⁸⁸, à travers son article 9, viendra marquer une volonté sans équivoque des partenaires sociaux de redonner une nouvelle dynamique à la GPEC, en favorisant le jeu des évolutions internes et externes des salariés en entreprise. Pour autant, certains ont évoqué leurs interrogations quant à la portée de cet accord. « *La sécurisation des parcours professionnels à l'origine évoquée par Alain SUPLOT, constituerait-elle réellement une modernisation du marché du travail*¹⁸⁹ ». En effet, cet accord a souvent été perçu comme un ensemble de recommandations ou de suggestions, protectrices non pas du poste du salarié, mais du salarié lui-même¹⁹⁰, par l'instauration de mesures telles que la résiliation amiable, la majoration de l'indemnité de licenciement, ou l'élargissement des droits aux allocations chômage¹⁹¹. Si grâce à l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008, la GPEC épouse les formes d'un dispositif juridique plus complet, il demeure tout à fait légitime de s'interroger sur l'avenir d'une telle démarche de sécurisation des parcours professionnels, et de se demander si « *L'antienne de la création d'emplois par la flexisécurité (à la danoise) sera demain jugée mélodieuse (en France) ?*¹⁹² ».
142. L'accord sur la modernisation du marché du travail sera suivi de près par l'Accord National Interprofessionnel du 14 novembre 2008 sur la GPEC dont l'objet sera de mettre en

¹⁸⁷ Le 9 mars 2006, trois organisations syndicales (CFDT, CFTC, et CFE-CGC), et le MEDEF, la CGPME et l'UPA ont signé un ANI sur l'emploi des seniors du 13 octobre 2005, issu des négociations. La CGT et la CGT-FO ont refusé de signer l'accord.

¹⁸⁸ L'ANI sur la modernisation du marché du travail a été signé par quatre des cinq organisations syndicales (CFDT, CFE-CGC, CFTC, et FO), ainsi que trois organisations patronales (CGPME, MEDEF et UPA). Il a été étendu le 25 juillet 2008.

¹⁸⁹ *Un accord en devenir*. J-E RAY, droit social n°3 mars 2008, p.275.

¹⁹⁰ J-E RAY, *op.cit.*

¹⁹¹ Pour Monsieur le professeur J-E RAY, les mesures mises en œuvre dans l'ANI du 11 janvier 2008 ont pour objectif de « *dédramatiser à la fois symboliquement et financièrement une rupture aujourd'hui banalisée* ».

¹⁹² J-E RAY, *op.cit.*

œuvre des éléments de sécurisation des parcours professionnels prévu par l'Accord du 11 janvier 2008.

143. *In fine*, l'accord du 7 janvier 2009 sur le développement de la formation tout au long de la vie professionnelle, la professionnalisation et la sécurisation des parcours professionnels¹⁹³, s'inscrit dans la logique et la continuité de l'accord du 11 janvier 2008. L'enjeu de ce texte sera de former d'avantage de salariés ou de demandeurs d'emploi, de manière à les maintenir ou à les faire progresser dans l'emploi, tout en gardant à l'esprit l'impératif de sauvegarde de compétitivité de l'entreprise. Dans une logique d'anticipation de l'emploi et des compétences, l'accord met ainsi l'accent sur la notion de « *projet et de parcours professionnel* » des salariés en poste ou privés d'emploi.
144. L'étude des textes depuis la loi BORLOO de 2005, confirme très clairement la tendance évolutive de la GPEC et permet d'en conclure que dorénavant, « *les entreprises n'ont plus seulement à former pour adapter au poste de travail, mais aussi pour assurer le maintien dans l'emploi*¹⁹⁴ ».

Conclusion de la section 1

145. La notion de GPEC n'est donc pas née de rien. Apparue dans la sphère des ressources humaines, elle a émergé dans un monde industriel de restructuration, préoccupé par la nécessité d'anticiper la gestion de l'emploi. Aujourd'hui consacrée par la loi BORLOO, la GPEC a donc trouvé une légitimité institutionnelle, lui permettant dès lors de s'épanouir au travers diverses mesures du Code du travail, relatives notamment à la formation et à l'adaptation du salarié à son poste de travail. Cette construction insolite et disparate explique très certainement la difficulté des juristes et des auteurs à proposer une définition uniforme de cette notion non définie par le législateur en 2005. Si les controverses doctrinales autour de la GPEC foisonnent, un consensus demeure : Il n'existe pas une, mais des GPEC. Cette notion « *plurielle* » doit être adaptée au secteur de la santé et au particularisme de ses établissements.

¹⁹³ L'ANI du 7 janvier 2009 a été signé par trois organisations patronales (MEDEF, CGPME, UPA), ainsi que par les cinq confédérations syndicales (CGT, CFDT, FO, CFTC, et CFE-CGC).

¹⁹⁴ Propos tenus par Monsieur R. BAGORSKI, conseiller confédéral à la CGT, lors de la matinée ANI Centre Inffo, du 5 février 2009.

Section 2- Controverses et consensus autour de la GPEC

146. Consacrée institutionnellement par la Loi BORLOO, la GPEC constitue une notion juridique à part entière, affirmée par le Code du travail et source de revendications jurisprudentielles.
147. Si aujourd'hui elle constitue « *la bonne pratique à imiter*¹⁹⁵ », beaucoup d'établissements de santé s'interrogent quant au sens à donner à cette notion, que semble-t-il, le législateur, n'a pas pris soin de définir d'un point de vue juridique. En tant que « *nouvel objet juridique non identifié*¹⁹⁶ », la GPEC est en quête d'une définition précise permettant d'en circonscrire contours et limites, et d'échapper ainsi à toute « *dénaturation*¹⁹⁷ » ou altération de la notion visée par la loi BORLOO.
148. La notion même de GPEC est donc source de controverses, et il en va nécessairement de même pour les concepts qui lui sont associés tels que les compétences et les métiers. En effet, si l'acronyme GPEC fait explicitement référence aux compétences, on constate que paradoxalement, dans l'organisation des professions de santé, la compétence n'occupe qu'une place secondaire derrière la qualification professionnelle postulée par un diplôme, véritable gage de compétence, et critère légal permettant de légitimer une atteinte à l'intégrité physique des personnes par les professionnels de santé.
149. En outre, le principe général de coopération entre les professionnels de santé récemment consacré par la loi HPST de 2009, vient mettre un terme à un certain nombre de controverses relatives aux choix des terminologies d'« *actes* » ou de « *tâches* », et de « *délégation* » ou « *transfert* » de tâches. Ce principe de « *coopération* » apporte surtout une réponse à une réflexion initiée par ministère de la santé en 2002 sur la mise en œuvre d'éventuelles passerelles entre professions de santé, de partage des tâches ou de nouveaux métiers.

¹⁹⁵ L. DUCLOS, *Le droit de la bonne pratique. Enquête sur une norme de gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences*. Cahiers philosophiques. N°116/ Décembre 2008, p. 41.

¹⁹⁶ H.J. LEGRAND, *Sur un objet juridique non identifié*, la GPEC, n°3, mars 2006, p.330-333.

¹⁹⁷ Bernard BOUBLI, avocat associé au cabinet Barthélemy, doyen honoraire de la chambre sociale de la Cour de cassation, met en garde contre toute dénaturation de la GPEC.

150. Les controverses existantes autour de la définition de la GPEC auront cependant le mérite de démontrer une chose : la GPEC telle qu'elle est libellée dans le code du travail ne correspond pas nécessairement aux exigences du champ de la santé édictées par le Code de santé publique. Afin d'adopter la démarche, il conviendra de l'adapter aux réalités du secteur sanitaire, et de ce fait, à la nature de chaque établissement concerné. Il s'agit là d'un véritable consensus doctrinal faisant de la GPEC une notion dite « *plurielle* » dans sa mise en œuvre. Notre travail de réflexion portera ainsi sur les controverses quant à la définition de la GPEC et des concepts associés (§1), et sur les consensus existants autour de la GPEC (§2)

§1- Controverses quant à la définition de la GPEC et des concepts associés¹⁹⁸

151. L'intérêt croissant, tant des spécialistes RH que des juristes, pour la gestion anticipée de l'emploi, ont conduit ces derniers à formuler diverses définitions de la notion ainsi que des termes qui y sont associés. Afin de bien comprendre la signification de la GPEC en santé, nous nous attacherons à retracer les différents courants doctrinaux permettant de dégager une définition des notions propres au champ de la santé. Pour ce faire, notre réflexion portera sur les controverses existantes autour de la définition de la GPEC (I) et des concepts qui y sont attachés (II).

I- Controverses quant à la définition de la GPEC

152. Il n'existe pas de définition de la GPEC unanimement reconnue par la doctrine. Cette absence d'homogénéité dans les définitions proposées nous permet d'affirmer qu'il s'agit d'une notion mal définie (A), et corrélativement sources de paradoxe (B).

A- Une notion mal définie...

153. En créant une nouvelle obligation de négocier sur la notion de GPEC, le législateur désigne un objet « *qui n'est ni complètement inconnu dans la sphère juridique, ni clairement*

¹⁹⁸ En ce sens, voir le mémoire réalisé par Mathieu ROCHER. M. ROCHER, *La mise en œuvre d'une politique de GPEC : l'exemple du centre hospitalier de Haguenau*, Mémoire de l'ENSP, 2004, p. 12 et suivant.

*identifié*¹⁹⁹ ». En effet, si la notion n'est pas inconnue en droit, le législateur a toutefois fait l'économie d'une formulation précise quant à la définition juridique de la GPEC, préférant ainsi mettre en valeur les objectifs de la démarche. Cette absence de définition juridique s'explique certainement par le fait qu'il n'existe pas une forme d'entreprise, mais une multitude de secteurs d'activités dans lesquels coexistent différents modèles d'entreprises et d'établissements de santé, auxquels sont attachés autant de modèles possibles de GPEC. Plutôt que de confier au juriste une définition précise de la GPEC, le législateur a donc préféré mettre en lumière les obligations et devoirs de l'employeur, assortis des sanctions afférentes à un manquement de ce dernier. Le silence du législateur en la matière aura cependant des conséquences certaines sur l'interprétation que feront les juges de ce concept, « *paré de toutes les vertus, bien que chargé d'ambiguïté*²⁰⁰ », notamment concernant le lien entre GPEC et licenciement pour motif économique²⁰¹.

154. La définition de la GPEC « *la plus en vogue* », notamment dans le milieu juridique, car reprise par certains tribunaux²⁰² et juristes, est celle de Messieurs Dominique THIERRY²⁰³ et Christian SAURET²⁰⁴, véritables précurseurs, voire « *inventeurs* » du concept de Gestion Prévisionnelle et Préventive des Emplois et des Compétences, sous l'acronyme GPPEC, avec deux « *P* ». La légitimité accordée par les professionnels du droit à cette définition, s'explique certainement par le fait qu'ils « *ont été les pionniers de la GPEC*²⁰⁵ », et que pour beaucoup, leurs « *réflexions méthodologiques sur le sujet ont été parmi les plus pertinentes*²⁰⁶ ». Selon la définition proposée par ces auteurs et « *de facto* » par l'association « *Développement et Emploi*²⁰⁷ », la GPPEC est « *la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et de*

¹⁹⁹ Sur un nouvel objet juridique non identifié : « la GPEC ». Droit social n°3, mars 2006, p.330. H-J LEGRAND.

²⁰⁰ H.-J. LEGRAND, *op.cit.*

²⁰¹ www.caraxo.eu/gpec/ft-1--la-notion-de-gpec.pdf.

²⁰² TGI Colmar, 22 janvier 2007, CCE Georgia Pacific France c/ Georgia Pacific France.

²⁰³ Dominique Thierry a été le créateur de Développement & Emploi en 1981. Il est actuellement Vice-Président de cette association d'entreprise. Intéressé par les questions de l'emploi dans l'entreprise depuis 1975, Il est l'auteur ou co-auteur de plusieurs ouvrages et rapports officiels sur l'emploi dans l'entreprise ou son environnement.

²⁰⁴ Christian Sauret est quant à lui, Directeur Délégué de Développement & Emploi. En qualité de Directeur d'Etudes à Entreprise et Personnel pendant cinq ans, il s'est également consacré aux questions de la gestion de l'emploi et du développement des compétences.

²⁰⁵ *Les habits neufs de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences après la loi de programmation pour la cohésion sociale*, P. LE COHU, Jurisprudence Sociale Lamy, 1^{er} septembre, p.34.

²⁰⁶ P. LE COHU, *op.cit.*

²⁰⁷ L'association « *Développement et Emploi* » est un organisme de formation et de conseil créé par D. THIERRY, très impliqué dans le domaine de la GPEC dans les années 1990.

*plans d'action cohérents : visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'entreprise (en termes d'effectifs et de compétences) en fonction de son plan stratégique (ou au moins d'objectifs à moyen terme bien identifiés), et en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution professionnelle*²⁰⁸ ». La présente définition sera d'ailleurs reprise par Madame Nicole RAOULT²⁰⁹ et par le Guide de GPEC piloté par la Direction des Hôpitaux du ministère de la santé en 1997. Cette vision originelle du concept, insiste sur une nécessaire gestion prévisionnelle, mais aussi et surtout « préventive » des emplois et des compétences. Oublié dans l'acronyme GPEC, le caractère préventif de la gestion de l'emploi et des compétences est pourtant vu par certains comme un élément fondamental de la démarche, nécessitant une action en amont de l'employeur²¹⁰. Dans la lignée de ces auteurs, Monsieur CITEAU considère que « la GPEC consiste à partir d'une stratégie définie en termes d'objectifs, à élaborer des plans d'actions destinés à neutraliser de façon anticipée les inadéquations quantitatives et/ou qualitatives entre les besoins futurs (emploi) et les ressources humaines (compétences disponibles)²¹¹ ». Cette méthode dite « adéquationniste », c'est-à-dire mettant l'accent sur la mesure des écarts, est pourtant parfois perçu comme une « démarche plus descriptive que prévisionnelle, peu explicative des dynamiques de transformation des qualifications²¹² ».

155. Si les définitions de la GPEC prolifèrent, les terminologies et acronymes utilisés diffèrent également en fonction des courants doctrinaux. Rappelons-le, la loi du 2 août 1989 sur le licenciement économique et le droit de conversion faisait référence pour la première fois, à la notion de GPEQ, soit à l'obligation d'informer et de consulter le comité d'entreprise sur l'évolution et les prévisions annuelles ou pluriannuelles de l'emploi et des qualifications²¹³. Cette bataille d'acronymes sera l'occasion pour beaucoup de venir alimenter la « boîte à outil²¹⁴ » de la GPEC, tantôt qualifiée de « gestion prévisionnelle du personnel²¹⁵ »

²⁰⁸ D. THIERRY et C. SAURET, *La gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences*, Paris, L'Harmattan. 2^{ème} éd. 1993, p.23 Ouvrage publié dans la collection « Pour l'emploi » créée par L'Harmattan et « Développement et Emploi » en 1989.

²⁰⁹ N. RAOULT, *Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier*, p.32, Paris, L'Harmattan.

²¹⁰ A. DIETRICH et M. PARLIER, *Les accords de GPEC : une technologie visible ?*, Revue de Gestion des Ressources Humaines, n° 66, octobre-décembre 2007, p. 30-42.

²¹¹ J.P CITEAU, (2000) *Gestion des Ressources Humaines – principes généraux et cas pratiques*, Paris, éd. Armand Colin.

²¹² M. ROUSSEAU, *Les pratiques des entreprises en matière d'anticipation des qualifications*, Travail et Emploi, n°57-2, avril 1993, p.13.

²¹³ Article L.2323-56 du CT (anciennement L.436-1-1).

²¹⁴ L. DUCLOT, *op.cit*, p.48.

(GPP) en 1972 par Monsieur Pierre JARDILLIER, tantôt de « *gestion prévisionnelle des ressources humaines*²¹⁶ » (GPRH) par Monsieur MALLET en 1991. Ce dernier conserve une vision assez globale du concept, qui « *recouvre l'ensemble des démarches, procédures et méthodes ayant pour objectif de décrire et d'analyser les divers avenir possibles de l'entreprise en vue d'éclairer les décisions concernant les ressources* ». Cette définition a le mérite d'identifier les différentes étapes de GPEC qui peuvent être schématisées de la façon suivante :

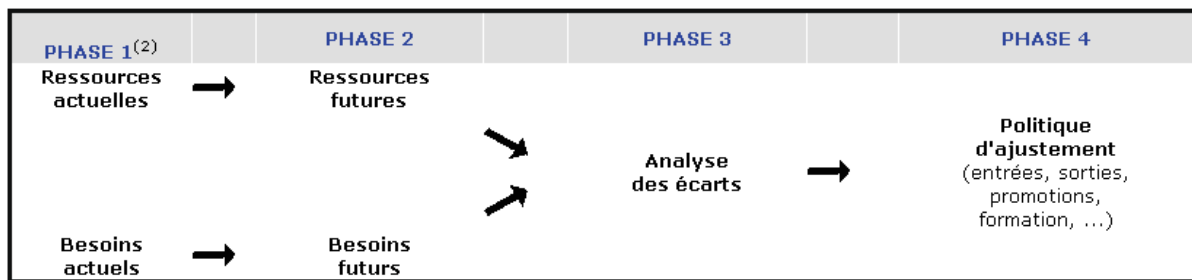


Figure 1- Les étapes de la GPEC.

L. MALLET, *Gestion Prévisionnelle de l'Emploi et des Ressources Humaines*. Paris éd. Liaisons, 1991.

156. « *Gestion anticipée des emplois et des compétences*²¹⁷ », « *gestion anticipatrice*²¹⁸ », « *anticipative*²¹⁹ » ou « *prospective*²²⁰ », toutes ces terminologies pointent l'absence de consensus autour de la définition de GPEC, et vaudront d'ailleurs à cette dernière le label d'« *appellation non contrôlée*²²¹ ».

157. En définitive, si l'on peut dire que la GPEC constitue « *une démarche à la fois prévisionnelle et opérationnelle permettant d'anticiper et gérer les besoins en Ressources*

²¹⁵ P. JARDILLIER, *La Gestion prévisionnelle du personnel*, Paris, PUF, 1972.

²¹⁶ L. MALLET, *Gestion prévisionnelle de l'emploi et des ressources humaines*, p.10, Paris, Edition Liaisons, 1991.

²¹⁷ N. MANDON (1990), *Analyse des emplois et gestion anticipée des compétences*, CEREQ, Bref, p.57. J.M PERRETI (1998), *Ressources Humaines*, Vuibert, Paris.

²¹⁸ G. EGG (1988), *La gestion anticipatrice des personnels et des emplois*, Actualité de la formation permanente, 97.

²¹⁹ CNPF (1992), *Gestion anticipative des emplois et des compétences*, Direction de l'emploi, Paris.

²²⁰ L.BOYER (2002), *Le devenir des métiers*, Revue française de gestion, 140, pp. 151-168. M. GODET et R. MONTI (2003), *Les pratiques de Prospectives en Gestion des Ressources Humaines*, in Allouche J. éd : *Encyclopédie des ressources humaines*, Vuibert, pp. 1155-1165.

²²¹ X. BARON, *La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences en entreprise*, Cahiers Français, n°262, juillet-septembre 1993, p. 5.

humaines pour assurer et développer les activités des établissements sanitaires et médico-sociaux afin de répondre au mieux aux besoins de prise en charge des patients²²² », on notera surtout qu'en filigrane de toutes ces définitions, une certaine redondance de termes apparaît : « *gestion anticipée* », « *plan stratégique* » ou « *mesure des écarts* » faisant ainsi figure de clé de voûte de la GPEC.

158. En effet, anticiper, c'est-à-dire, « *prévenir, devancer*²²³ » l'avenir, est devenu un impératif de fonctionnement pour toute direction d'établissement de santé tenu d'établir notamment une programmation pluriannuelle d'investissements, un plan directeur et d'équipement²²⁴, ou bien un schéma directeur du système d'information²²⁵. Cette gestion anticipée des ressources humaines recouvre deux notions complémentaires, mais distinctes : la prévision et la prospective. Selon la doctrine de Monsieur GILBERT, la prévision constitue une réflexion sur le court terme, qui repose sur « *l'extrapolation des tendances à l'œuvre dans le passé*²²⁶ ». Ainsi, « *le futur se conçoit dans une logique de continuité en s'appuyant sur un modèle*. La prévision apparaît comme « *le fruit d'une production mécaniste alimentée par un contenu connu à priori*²²⁷ ». La prospective quant à elle, « *n'est pas une donnée, mais un construit*²²⁸ ». Dès lors, il ne faut pas considérer l'avenir « *comme une chose déjà décidée [...] mais comme une chose à faire*²²⁹ ». La prospective est en quête de ruptures et de discontinuités afin d'anticiper l'avenir. Prévision et prospective constituent donc deux démarches

²²² Définition proposée par l'ANAP. *Améliorer la gestion des ressources humaines, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, recueil de pratiques observées.*

²²³ Dictionnaire LITRE.

²²⁴ Le Plan directeur et d'équipement définit les projets architecturaux et planifie les acquisitions d'équipements. Il a pour objectif de faire évoluer l'environnement matériel, architectural et mobilier de l'établissement de santé en lien avec les orientations du projet médical, ceci afin d'améliorer les prestations offertes aux patients et les conditions de travail des personnels.

²²⁵ Un système d'information hospitalier (SIH) est un système d'information appliqué aux établissements de santé. Selon la circulaire ministérielle n° 275 du 6 janvier 1989 du Ministère de la Santé français, « *le système d'information d'un établissement de santé [...] peut être défini comme l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitement nécessaires à son fonctionnement quotidien, à ses modes de gestion et d'évaluation ainsi qu'à son processus de décision stratégique* ». Le schéma directeur a pour objectif l'optimisation de la prise en compte des systèmes d'information, dans l'accomplissement des missions des établissements de santé. Il met notamment en œuvre une meilleure organisation des services à travers l'informatisation des dossiers des patients.

²²⁶ P. GILBERT, (2006), *La gestion prévisionnelle des ressources humaines*. La découverte, Paris. H. JOUVENEL. De (1999), *La démarche prospective. Un bref guide méthodologique*. Futuribles, n°247, novembre.

²²⁷ J.L. THAMAIN, *Anticiper en GRH, prévision et prospective, un diagnostic des pratiques et des représentations*, Management Prospective Edition, Revue management et avenir, 2009/5 - n° 25, pp. 272-289.

²²⁸ J.L. THAMAIN, *op. cit.*

²²⁹ P. BERGER, (1967), *Etapes de la prospective*, PUF.

d'anticipation à ne pas confondre, l'opposition entre ces deux notions ayant « *progressivement cédé la place à une complémentarité croissante*²³⁰ », nécessaire à la mise en œuvre d'une GPEC.

159. La GPEC fait également explicitement référence à la notion de plan stratégique. Véritable « *feuille de route* » que se donne l'établissement de santé pour réaliser ses visions à moyen et à long terme, la planification stratégique va obliger ce dernier à étudier son environnement interne et externe, à faire des projections dans l'avenir, et surtout à identifier les stratégies lui permettant de mettre en œuvre ses objectifs. La mise en œuvre d'une GPEC passe donc nécessairement par une bonne connaissance de la planification sanitaire. En tant que « *processus d'aide à la décision*²³¹ », la planification sanitaire va permettre à l'établissement d'élaborer sa propre planification stratégique, en fonction notamment des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS), des projets d'établissement et bien évidemment des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM).
160. Enfin, précisons que dans une logique « *adéquationniste* », la politique de réduction des écarts entre les besoins et les ressources humaines disponibles, est déterminée en fonction des données quantitatives et qualitatives. Un déséquilibre quantitatif, c'est-à-dire une baisse des besoins en effectifs, nécessitera ainsi l'élaboration d'une politique de recrutement adaptée. Un déséquilibre qualitatif, quant à lui, exigera le maintien ou la recherche de compétences nouvelles, par le biais notamment de formation, de bilan de compétence ou de mesures de mobilité interne et de transfert des compétences clés.
161. Si l'ensemble de ces terminologies et grands courants doctrinaux relatifs à la GPEC, nous ont permis d'identifier les objectifs et les orientations d'une telle démarche, l'absence de définition précise du concept reste source d'interprétations multiples. L'absence de consensus en la matière permet ainsi de considérer qu'il s'agit d'une notion ambiguë, mal définie et corrélativement source de paradoxes (B).

²³⁰ F. HATEM, B. CAZES, F. ROUBELAT (1993), *La prospective Pratiques et Méthodes*, Economica.

²³¹ R. CAILLET, *Les nouveaux outils de la planification sanitaire*, Actualité et dossier en santé publique, n°11, juin 1995, p.11. Selon René CAILLET, Secrétaire Général du CHRU de Lille, « *la planification sanitaire est un processus d'aide à la décision qui vise, par concertation des acteurs concernés, à prévoir des ressources et des services requis pour atteindre des objectifs déterminés, selon un ordre de priorité établi, permettant ainsi le choix d'une solution préférable parmi plusieurs alternatives* ».

B- ... source de paradoxes

162. En quête d'une définition juridique précise, la GPEC doit faire face à un paradoxe. Si pendant longtemps, elle est apparue comme un moyen de réhabiliter le long et le moyen terme dans les décisions de ressources humaines, il semble que dans la pratique l'insertion de la prospective dans la gestion prévisionnelle des emplois, des métiers et des compétences est resté un échec²³². Aujourd'hui les démarches GPEC seraient considérées comme étant plus réactives que prospectives. Selon certains auteurs, « *la dimension prévisionnelle est absente. On a plutôt cherché à intégrer les évolutions technologiques, organisationnelles et individuelles déjà réalisées et à redéfinir en conséquence des emplois existants*²³³ ». Les démarches GPEC apparaissent donc plus statiques que dynamiques, ce qui est à l'origine de résultats limités en la matière. La dimension anticipatrice de la GPEC étant relayée au second plan, c'est dorénavant l'employabilité qui est recherchée dans une logique de flexibilité des ressources humaines²³⁴. Messieurs AMADIEU et CADIN, iront même jusqu'à affirmer que cette conception statique des métiers est à l'origine de l'émergence des organisations plutôt qualifiées que qualifiantes²³⁵. La notion d'« *organisation apprenante* », ou qualifiante, ne serait qu'une utopie, un idéal vers lequel il faudrait tendre, plus qu'une réalité. En définitive, alors même que la GPEC a pour objet de permettre à l'établissement de santé d'anticiper l'avenir, « *la vision à court terme, la conception restrictive de la compétence, plus individuelle que collective, plus statique que dynamique*²³⁶ » constituent des freins à l'insertion de la prospective dans la démarche.

163. La mise en œuvre d'une démarche GPEC implique également l'utilisation d'un outillage précis permettant d'identifier, de mesurer et d'évaluer les emplois et les compétences au sein des établissements de santé. L'emploi-type, la fiche fonction, le répertoire des métiers ou le référentiel compétence constituent ainsi des outils de gestion complexes, faisant pour beaucoup de la GPEC, une « *véritable usine à gaz, inapplicable et rejetée par les services* », ou bien encore un « *concept plus théorique que pratique*²³⁷ ». Les

²³² R. MONTIL, *La prospective des métiers appliquée à l'entreprise. Pour une approche renouvelée de la Prospective Métier*, Revue Française de Gestion, n°140, 2002.

²³³ F. BERTON, G. DOUENEL (1990), *Gestion prévisionnelle des emplois et formation*, Centre Inffo.

²³⁴ P. GILBERT (1999), *La gestion prévisionnelle des ressources humaines : histoire et perspectives*, Revue Française de Gestion, n°124, Juin-Juillet-Août.

²³⁵ J.F. AMADIEU et L. CADIN (1996), *Compétences et organisation qualifiante*, Economica.

²³⁶ R. MONTIL, *op.cit.*

²³⁷ J. ROJOT, B. MERCK (1990), *La gestion prévisionnelle des ressources humaines, beaucoup de promesses peu d'utilisateurs*. Perspectives de l'entreprise et recherche en GRH, Paris.

outils de la démarche demeurent donc souvent peu opérationnels, car trop exhaustifs et peu maniables. En raison de la lourdeur de son instrumentalisation, les applications de la GPEC demeurent limitées aux plus grands établissements de santé.

164. Certains établissements considèrent la GPEC comme étant impraticable dans leurs structures en raison de leur manque de lisibilité stratégique. Pour beaucoup de directions des ressources humaines, il est très difficile d'anticiper les besoins, en application de l'adage « *on ne sait pas de quoi demain sera fait* ». En effet, « *si la seule chose certaine est le changement, il est difficile de convaincre de la pertinence d'un modèle basé sur une culture de la planification*²³⁸ ». Pourtant, si les besoins demeurent imprévisibles, il est toujours possible d'engager une démarche GPEC en définissant « *un petit nombre de scénarii* », ou « *plusieurs itinéraires*²³⁹ » permettant d'établir une planification stratégique.
165. La « *vision dite téléologique de la GPEC* », décourage également un grand nombre d'établissement à s'engager dans une telle démarche. Vision selon laquelle il faudrait « *atteindre une situation idéale où compétence des salariés et besoins de l'entreprise sont en adéquation* ». Le principal objectif serait de réduire les écarts, voire de parvenir à un « *écart zéro*²⁴⁰ », ce qui peut fortement dissuader certains établissements.
166. Enfin, rappelons que pour beaucoup, « *étudier n'est pas gérer*²⁴¹ ». De ce simple fait, la GPEC demeure une notion incertaine, difficile à mettre en œuvre. Monsieur Xavier BARON²⁴², précisera d'ailleurs que « *La GPEC est déjà devenue un de ces « couteaux suisses » [qui endosse] la promesse de la solution universelle. Elle peut prévenir les plans sociaux (grande lame), optimiser l'investissement formation (lime), [...] instrumenter l'entretien d'évaluation annuel (boussole), [...] identifier les compétences clé (lame de tournevis)... Et l'on s'étonne que l'outil devienne lourd ?... Trop de GPEC a déjà tué la GPEC [...]. Continuer à parler de GPEC aujourd'hui pourrait bien être un obstacle [pour imaginer] une*

²³⁸ P. ZARIFIAN (2001), *Le modèle de la compétence*, Editions Liaisons.

²³⁹ L. MALLET (1991), *Gestion prévisionnelle de l'emploi*, Editions Liaisons, Paris.

²⁴⁰ J. IGALENS, *Intérêts et limites pour la gestion du personnel*, Droit social n°11, nov. 2007, p. 1077.

²⁴¹ B. GALAMBAUD, (1994), *Des Hommes à gérer : Direction du personnel et gestion des ressources humaines*, Éditions ESF, Paris, 3^{ème} éd.

²⁴² Xavier BARON est consultant et enseignant chercheur - Professeur associé en sociologie à l'Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines. Il intervient notamment, comme expert en GRH et praticien de la sociologie d'entreprise.

gestion des compétences qui dépasse l'entreprise, intègre le salarié et met en œuvre des moyens collectifs dans l'entreprise, mais aussi à l'échelle des branches ou des territoires²⁴³ ».

II- Controverse quant à la définition des compétences, des métiers et des professions

167. Dans le champ de la santé, les concepts de compétences, métiers ou professions ont un sens tout à fait particulier qu'il convient de définir, afin de bien appréhender l'intérêt de la GPEC dans ce domaine. Nous envisagerons donc tant les concepts de compétences (A), que les concepts de métiers ou de professions en santé (B).

A- Le concept de compétence

168. La compétence est une notion ancienne, fondamentale en matière de gestion des ressources humaines, que l'on retrouve aujourd'hui dans tous discours sociaux relatifs à la GPEC. L'utilisation exponentielle de la notion a cependant pour effet de rendre son contenu incertain, flou voir polysémique. Utilisée tant par les spécialistes de gestion prévisionnelle, que par les formateurs, les gestionnaires de carrière ou dans le cadre de politiques de rémunération, la notion de compétence revêt les caractéristiques d'une notion disparate qui lui vaudront d'ailleurs la qualification de « *mot-éponge* ». Dans la mesure où l'on dit souvent que, « *d'une utilisation disparate, tous les mots ont perdu leur tranchant²⁴⁴* », Il convient de clarifier au plus vite cette notion de compétence.
169. Dans le sens commun la compétence peut être définie comme « *l'habileté reconnue dans certaines matières et qui donne le droit de décider²⁴⁵* », ou bien comme « *la connaissance approfondie, reconnue, qui confère le droit de juger ou de décider en certaines matières²⁴⁶* ». Pour les spécialistes des ressources humaines, il s'agit de « *la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte donné²⁴⁷* ».

²⁴³ *Négociation GPEC : La « gestion anticipative » n'est pas exclusive de la prévention de l'emploi.* AEF info, dépêche n° 104387, publiée le 12 novembre 2008.

²⁴⁴ E. HEMINGWAY.

²⁴⁵ Dictionnaire LITTRE.

²⁴⁶ Dictionnaire Le Petit Robert.

²⁴⁷ LE BOTERF G., *De la compétence à la navigation professionnelle*, Paris, Les Éditions d'organisation, 1997.

170. Le domaine de la santé s'est également emparé du sujet et propose plusieurs définitions semblables. En effet, dans le rapport de mission relatif aux modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé datant d'août 2003, Monsieur le professeur Yves MATILLON définit la compétence comme « *la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation*²⁴⁸ ». Selon lui, cette notion « *intègre deux dimensions l'une liée aux organisations, l'autre liée à l'individu en tant que professionnel. Elle pose d'une part la question de la gestion et de la reconnaissance des savoirs requis par les situations de travail, et d'autre part la reconnaissance du professionnalisme et des parcours ou des itinéraires individuels* ».
171. La communauté européenne a également proposé de définir la compétence des professionnels de santé dans deux rapports datant de 1996 et 1998 traitant respectivement de l'art dentaire²⁴⁹ et des soins infirmiers généraux²⁵⁰. Dans ces rapports ayant pour but de promouvoir la libre circulation des professionnels de santé²⁵¹, la compétence est définie comme l'ensemble des « *caractéristiques individuelles (connaissances, aptitudes, et attitudes) qui permettent à une personne d'exercer son activité de manière autonome, de perfectionner sans cesse sa pratique et de s'adapter à un environnement en mutation rapide (...)* ».
172. Si aujourd'hui nous disposons de quelques orientations sur la définition des compétences en santé, nous constatons que l'organisation juridique des professions de santé n'est pas fondée sur cette notion de compétence, mais fait plutôt référence à la notion de qualification, c'est-à-dire à « *l'habilitation du professionnel à exercer un certain nombre*

²⁴⁸ Y. MATILLON, Rapport de mission, *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*, 2003. Par lettre en date du 26 novembre 2002, Monsieur le Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, Jean-François MATTEI, et Monsieur le Ministre de la Jeunesse, de l'Éducation Nationale et de la Recherche, Luc FERRY, ont confié au Professeur Yves MATILLON une mission d'étude sur les mécanismes d'évaluation de la compétence professionnelle des différents métiers de la santé.

²⁴⁹ Comité Consultatif pour la Formation des Praticiens de l'Art Dentaire, *Rapport et recommandations sur les compétences cliniques nécessaires à l'exercice de l'art dentaire dans l'Union Européenne*. Commission Européenne, XV/E/8316/8/96-FR, Bruxelles, 4 juin 1996.

²⁵⁰ Comité consultatif pour la formation dans le domaine des soins infirmiers, *Rapport et recommandation sur les compétences requises pour l'exercice de l'activité d'infirmier responsable des soins généraux dans l'Union Européenne*. Commission européenne, XV/E/8481/4/97-FR, Bruxelles, 24 juin 1998.

²⁵¹ Dans le cadre de la Directive *Simplifier la Législation relative au Marché Intérieur* dite SLIM, les rapports de 1996 et 1998 avaient pour objectif une harmonisation des métiers, compétences et formations des professionnels de santé, facilitant ainsi une simplification administrative entre les différents États membres.

*d'actes du fait de sa possession du diplôme ou d'un titre équivalent*²⁵² ». Véritable gage de compétence, la qualification liée à l'obtention du diplôme, constitue ainsi « *la pierre angulaire de l'organisation juridique des professions de santé*²⁵³ », mais surtout le critère légal permettant de légitimer une atteinte à l'intégrité physique des personnes par les professionnels de santé.

173. Le système d'organisation des professions de santé repose sur la notion de profession médicale, pièce centrale du puzzle autour de laquelle s'organisent les compétences des autres professions. La profession médicale bénéficie ainsi d'une habilitation générale à intervenir sur le corps d'autrui, monopole médical, protégé par les textes sanctionnant l'exercice illégal de la médecine. En effet, l'article L.4111-1 du Code de santé publique. énonce que nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme s'il n'est pas titulaire du diplôme correspondant. En définitive, la condition première de l'habilitation générale est l'obtention du diplôme. Le professionnel violant cette obligation générale se rend coupable d'exercice illégale de la médecine, entendu comme « *le diagnostic, le traitement d'un patient ou la réalisation d'un acte professionnel réservé au médecin*²⁵⁴ ».

174. Si la possibilité d'intervenir sur le corps d'autrui ne repose pas sur la notion de compétence, c'est-à-dire sur l'aptitude effective à soigner, mais sur la qualification professionnelle, précisons toutefois, que conformément à l'article 70 du Code de déontologie. médicale, le médecin ne peut, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose. Au vu de cet article, le médecin doit donc être en mesure d'apprécier sa propre compétence.

175. L'article 47 du Code de déontologie médicale confirme la nécessité pour le professionnel de prendre en considération son incompétence, et énonce qu' « *un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles* ». Cette obligation figure dans plusieurs articles du Code de déontologie des sages-femmes qui précisent notamment que « *dans l'exercice de sa profession, la sage-femme ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, effectuer des actes ou donner des soins, ni formuler des*

²⁵² HAS, *Les nouvelles formes de coopération entre professions de santé : les aspects juridiques*, p.10.

²⁵³ Y. MATILLON, *op.cit.*

²⁵⁴ Y. MATILLON, *op.cit.*

prescriptions dans les domaines qui débordent sa compétence professionnelle ou dépassent ses possibilités²⁵⁵ ». « Sauf cas de force majeure, notamment en l'absence de médecin ou pour faire face à un danger pressant, la sage-femme doit faire appel à un médecin lorsque les soins à donner débordent sa compétence professionnelle ou lorsque la famille l'exige²⁵⁶ ». En outre, concernant les chirurgiens-dentistes, le Code de déontologie précise que « sauf circonstances exceptionnelles, il ne doit pas effectuer des actes, donner des soins ou formuler des prescriptions dans les domaines qui dépassent sa compétence professionnelle ou les possibilités matérielles dont il dispose²⁵⁷ ».

176. La prise en compte de son incompétence par le professionnel constitue ainsi une obligation déontologique, disciplinairement sanctionnée par les ordres professionnels des professions de santé. Ainsi, en vertu de l'article 1^{er} du Code de déontologie médicale, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, et pharmaceutique, *« les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'ordre »*.
177. L'incompétence d'un professionnel peut également nécessiter l'intervention de l'autorité administrative, habilitée en vertu de l'article L.4113-14 du Code de santé publique²⁵⁸, à prononcer la suspension immédiate du droit d'exercer pour une durée maximale de 5 mois, en cas d'urgence ou lorsque la poursuite de son exercice par le professionnel expose ses patients à un danger grave.
178. Les rapports entre compétence et qualification sont également mis en exergue dans le règlement de qualification de 1970 concernant les médecins qualifiés spéciaux. Ce texte faisant référence d'une part aux médecins spécialistes qualifiés²⁵⁹, d'autre part aux médecins compétents qualifiés²⁶⁰, confirme le principe qui veut que la qualification se déduit de la

²⁵⁵ Art. 13 du code de déontologie des sages-femmes.

²⁵⁶ Art. 25 alinéa 2 du code de déontologie des sages-femmes.

²⁵⁷ Art. 3-1 alinéa 2 du code de déontologie des chirurgiens-dentistes.

²⁵⁸ L'art. L.4113-14 du code de santé publique. vise les médecins, chirurgiens-dentistes, et les sages-femmes. L'autorité administrative peut également être autorisée à prononcer une suspension à l'égard des infirmiers (e), en vertu de l'article L.4311-24 du code de santé publique.

²⁵⁹ En vertu de l'art. 2 du règlement de 1970, *« est considéré comme médecin spécialiste qualifié, tout docteur en médecine qui possède, dans une des disciplines énumérées au présent article, un certificat d'études spéciales lorsqu'un enseignement a été institué. A défaut de la possession de ce certificat peuvent être prises en considération des connaissances particulières, qui seront appréciées dans les conditions prévues au présent règlement »*.

²⁶⁰ En vertu de l'art. 3 du règlement de 1970, *« est considéré comme médecin compétent qualifié, tout docteur en médecine qui possède, dans une des disciplines énumérées au présent article, un certificat*

possession de certaines compétences. L'éventuelle prise en compte de la compétence d'un professionnel, ne lui permettra que de prétendre à une qualification toujours attestée par un diplôme.

179. Au sein du système régissant le droit des professions de santé, coexistent ainsi un certain nombre d'« *espaces de contraintes* » organisés autour de la notion de qualification, mais aussi des « *espaces de liberté* ²⁶¹ » dans lesquels les professionnels sont libres d'organiser leur activité. Dans cet « *espace de liberté* ²⁶² », les interventions effectives des professionnels s'organisent en fonction de leurs compétences. En effet, lorsqu'un auxiliaire effectue un acte sous la surveillance d'un médecin, rien n'est dit quant à l'articulation des interventions entre le médecin et son auxiliaire. De même, lorsqu'une infirmière est assistée par un aide-soignant, rien n'est signifié quant à l'organisation effective de cette coopération. *In fine*, si lors de la prise en charge d'un patient le médecin effectue les actes qui relèvent de sa profession, rien n'empêche que cette prise en charge suscite l'intervention de différents professionnels avec des compétences qui leurs sont propres.

180. Cette liberté des professionnels dans l'organisation de leur activité, ne peut toutefois s'affranchir des exigences de l'arrêté du 6 janvier 1962²⁶³ relatif aux décrets d'actes, qui précise notamment que « *toute mobilisation forcée des articulations et toute réduction de déplacement osseux, ainsi que toutes manipulations vertébrales, et, d'une façon générale, tous les traitements dits d'ostéopathie, de spondylothérapie (ou vertébrothérapie) et de chiropraxie* », relève de la seule compétence des médecins. De ce fait, tout professionnel qui effectuerait ces actes, que ce soit sous le contrôle d'un médecin, ou qu'il appartienne à une autre profession de santé, sans en être titulaire de l'habilitation générale, se rendrait coupable d'exercice illégal de la médecine. De la même façon, un infirmier ne pourra jamais déléguer à une aide-soignante « *les soins liés aux fonctionnements d'entretien et de continuité de vie* ». Le système juridique des professions de santé tel qu'il est organisé, étanchéifie totalement le

d'études spéciales lorsqu'un enseignement a été institué. A défaut de la possession de ce certificat, peuvent être prises en considération des connaissances particulières qui seront appréciées dans les conditions prévues au présent règlement ».

²⁶¹ Y. MORET-BAILLY, *op.cit.*

²⁶² Y. MORET-BAILLY, *op.cit.*

²⁶³ Arrêté du 6 janvier 1962 publié au JO du 1 février 1962, dressant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales non médecin.

champ de chaque profession de santé, sous réserve toutefois, que ne soit organisé une coopération entre les professionnels de santé conformément à l'article 51 de la loi HPST.

- 181.** La compétence, notion fondamentale dans l'acronyme GPEC, n'occupe donc qu'une place secondaire au sein de l'organisation juridique des professions de santé. Une légère brèche semble peut-être s'entre-ouvrir à travers le dispositif de la formation continue, qui permet au professionnel de maintenir sa compétence toujours postulée par le diplôme. En effet, l'article 11 du Code de déontologie médicale énonce que « *tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles* ». La formation continue ayant pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances, constitue de ce fait une obligation pour tout médecin tenu pour exercer sa pratique de s'inscrire à l'ordre des médecins²⁶⁴. On notera cependant, que le Code de déontologie médicale et le Code de santé publique font tous deux référence aux termes d'« *entretien* » et de « *perfectionnement* » des « *connaissances* » et non des compétences, ce qui place une nouvelle fois la qualification professionnelle au centre de l'organisation.
- 182.** La loi du 4 mars 2002, à travers son article L.4121-2 du Code de santé publique, semble vouloir renforcer la notion de compétence puisqu'il crée à la charge des ordres des professions médicales, l'obligation de veiller à la compétence des professionnels. En effet, en vertu de cet article, « *L'ordre des médecins, celui des chirurgiens-dentistes et celui des sages-femmes veillent au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire, ou de la profession de sage-femme et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le Code de déontologie prévu à l'article L. 4127-1* ». Certains voient dans ce texte une véritable tâche supplémentaire pour les ordres venant s'ajouter à la capacité de sanctionner disciplinairement les professionnels. Cette nouvelle piste favorisant le contrôle des compétences méritera certainement d'être étendue aux quatre ordres existants.
- 183.** En définitive, le système d'organisation juridique des professions de santé repose entièrement sur la notion de qualification liée à l'obtention d'un diplôme, attestant seule de la

²⁶⁴ Art. L.4133-1 code de santé publique

compétence du professionnel de santé. Le dispositif actuel de formation continue autorisera un simple contrôle de l'acquisition des connaissances, sans vérification véritable des compétences du professionnel ou de sa « *capacité à bien exercer sa profession*²⁶⁵ ». Précisons que les autres professions médicales sont organisées autour du même principe de qualification, dans la mesure où l'atteinte à l'intégrité corporelle d'autrui n'est légitimée que par la qualification, et non par la compétence professionnelle.

B- Les concepts de métier et profession

184. « *La spécialisation voir l'hyperspécialisation*²⁶⁶ » dans le champ de la santé favorise l'émergence de nouvelles activités, postes ou nouveaux métiers. Dans la mesure où « *on confond souvent emploi, poste, métier et profession*²⁶⁷ », il est nécessaire d'apporter quelques pistes de réflexions permettant de définir ces notions.

185. Selon la DHOS²⁶⁸ « *Le métier est un ensemble cohérent d'activités professionnelles, regroupant des emplois pour lesquels il existe une identité ou une forte proximité de compétences, ce qui en permet l'étude et le traitement de façon globale et unique*²⁶⁹ ». Dans les établissements de santé, la nomenclature des métiers est organisée en trois niveaux afin de classer les métiers par proximité de compétences. On distingue ainsi, les familles professionnelles²⁷⁰, par exemple les soins, les sous-familles²⁷¹ telles que les soins infirmiers, et les métiers²⁷² tels que les infirmiers en soins généraux. Un métier se situe donc uniquement dans une famille et une sous-famille professionnelle. Cela signifie qu'à un moment donné, un salarié pratiquera un métier et un seul. Les salariés exerçant le même métier sont interchangeables dans un délai relativement court, à niveau égal de compétences. A l'inverse,

²⁶⁵ J. MORET-BAILLY, *L'organisation juridique des compétences des professionnels de santé*, Annexe 1 du rapport Y. MATILLON, *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*, 2003.

²⁶⁶ C. TOURMEN, *Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion*, Santé Publique, 2007/hs Vol. 19, p. 15-20. DOI : 10.3917/spub.070.0015.

²⁶⁷ M. DESCOLONGES, *Qu'est-ce qu'un métier ?*, Paris, PUF, 1996.

²⁶⁸ La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), a été remplacée par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) par décret et arrêté du 15 mars 2010 publiés au journal officiel le 16 mars 2010.

²⁶⁹ C. GAY, DHOS, *Note méthodologique pour l'élaboration des diplômes du ministère chargé de la santé*, nov. 2005.

²⁷⁰ Il existe 9 familles de métiers dans les établissements de santé.

²⁷¹ 44 sous-familles de métiers.

²⁷² 201 métiers.

le changement de métier nécessite un délai plus long. Le métier ne doit pas être confondu avec le poste qui est lié à la structure ou à l'organigramme. Il ne s'agit ni d'un diplôme, d'un statut ou d'une catégorie professionnelle, encore moins d'une qualification, même si elle est requise pour la plupart des métiers. Précisons que les spécificités propres à chaque métier ne forment pas un « *étage supplémentaire*²⁷³ » de métier, en revanche elles demeurent intégrées dans les fiches métiers. Ainsi, dans l'emploi d'infirmière en soins généraux, les spécificités de gériatrie ou de cancérologie sont mentionnées dans les fiches métiers. De manière plus globale et à titre d'exemple, au sein de la profession d'infirmier, on peut distinguer :

- le métier d'infirmier en soins généraux (SG), IBODE (infirmier du bloc opératoire diplômé d'état), IADE (infirmier anesthésiste diplômé d'état), ou en puériculture ;
- la spécificité ou l'emploi d'infirmier en psychiatrie, stomathérapie, clinique ;
- le poste d'infirmier dans un service d'hospitalisation de jour chirurgical.

186. La notion de profession est souvent confondue avec celle de métier. Les sociologues définissent les professions comme « *des formes historiques d'organisation sociale, d'attribution d'identité et d'organisation du marché du travail*²⁷⁴ ». Dans le champ de la santé, la profession « *est attribuée aux métiers dotés d'autonomie dans leur exercice, leur juridiction professionnelle et leur formation. Cette notion de profession s'accompagne chez leur titulaire d'un fort sentiment d'appartenance et de responsabilité professionnelle*²⁷⁵ ».

187. Le Code de santé publique distingue trois catégories de professions de santé : les professions médicales²⁷⁶, les professions de la pharmacie²⁷⁷, et les professions d'auxiliaires médicaux²⁷⁸. Les autres professions exerçant dans le secteur de la santé sont citées dans les parties législatives et/ou réglementaires du code de la santé²⁷⁹. En revanche, ne sont pas

²⁷³ C. GAY, *op.cit.*

²⁷⁴ C. DUBAR, *Sociologie des professions*, Paris, A. Colin, 1998.

²⁷⁵ La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner. Rapport présidé par Y. BERLAND.

²⁷⁶ Les médecins, sages-femmes et odontologistes.

²⁷⁷ Les pharmaciens et préparateurs en pharmacie.

²⁷⁸ Les infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens.

²⁷⁹ Les techniciens en analyse biomédicale, les préparateurs en pharmacie hospitalière, les ambulanciers sont placés en relation avec le secteur et les professions dont ils dépendent. Les aides-soignants, auxiliaires de puériculture et aides médico-psychologiques sont notés en relation avec les professions dont leur activité dépend. Les conseillers en génétique sont notifiés selon une logique de

inscrits dans le Code santé publique, les métiers de l'encadrement des soins²⁸⁰ et de formateurs en soins²⁸¹.

188. Précisons, que la réflexion quant à une éventuelle coopération entre les professionnels de santé a donné lieu à de nombreux débats et investigations, et ce avant que la loi HPST ne consacre un principe général de coopération. En effet, cette réflexion a été initiée en 2002 par le ministre de la santé, missionnant Monsieur Yvon BERLAND pour établir un rapport sur la démographie des professions de santé. A cette occasion, ce dernier remettait un compte rendu relatif aux nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé qu'il convient d'analyser.

189. Dans ce compte rendu, Monsieur Y. BERLAND rappelle que le droit des professions de santé est principalement organisé autour des décrets d'actes. Pour autant, ce dernier recommande de préférer le vocable de « tâches » à celui d'« actes ». Cette position est justifiée par le fait que la « tâche » professionnelle fait référence à une finalité, un but à atteindre. Alors que l'« acte » est associé à une notion plus technique, à savoir aux décrets d'actes. Ainsi, il recommande de modifier les définitions des professions d'auxiliaires médicaux, en faisant référence à leur « mission », notion plus large pouvant être déclinée en tâches, et non plus aux « décrets d'actes », dans lesquels « la référence aux actes est la condition exclusive de l'intervention des auxiliaires médicaux sur le corps des patients²⁸² ». Ceci n'implique d'ailleurs nullement l'absence de référence aux actes professionnels, permettant malgré tout de définir les missions et limites des professions. En définitive, il conviendrait de retenir un « système hybride » des professions, faisant référence aux missions et limites des professions, sans toutefois « gommer toute référence aux actes ». Il s'agirait simplement d'éviter que « l'acte constitue la référence exclusive permettant l'intervention du professionnel sur le corps du patient ».

190. Corrélativement à ce changement de terminologie, le rapport BERLAND préconise de faire évoluer l'article L.4161-1 du Code de santé publique²⁸³ relatif aux décrets d'actes et

nature d'activités. Les ostéopathes, les psychothérapeutes sont considérés comme ayant l'usage d'un titre et donc d'une activité, mais sans être qualifiés comme des professions de santé.

²⁸⁰ Cadre de santé en service hospitalier, cadre supérieur de santé, directeur de soins.

²⁸¹ Cadre de santé dans un institut de formation.

²⁸² HAS, *op.cit.*

²⁸³ Art. L.4161-1 c. santé pub. : « Exerce illégalement la médecine :

faisant référence à l'arrêté du 6 janvier 1962. En effet, l'arrêté de 1962 fixe la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par les médecins, ou pouvant être pratiqués par les auxiliaires médicaux ou les directeurs de laboratoires d'analyse médicales non médecins. Il conviendrait donc de cesser toute référence à l'arrêté de 1962 dans l'article L.4161-1, afin de permettre une redéfinition des professions, non exclusivement fondée sur les actes professionnels. Pour ce faire, le rapport préconise de modifier l'article L.4161-1 en supprimant du premier alinéa la formule suivante faisant référence à l'acte : « *ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine* ». En outre, il préconise de modifier le second alinéa en remplaçant la formule « *dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret* », par la formule « *leurs missions professionnelles dans les conditions définies par la loi* ».

191. Enfin, le rapport recommande de préférer le vocable « *nouvelles formes de coopération entre profession de santé* » à « *délégation et transfert des tâches ou actes professionnels* ». En effet, l'analyse démontre que les termes de « *délégation* » ou « *transfert* »

1° Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4131-1 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales mentionnées aux articles L. 4111-2 à L. 4111-4, L. 4111-7, L. 4112-6, L. 4131-2 à L. 4131-5 ;

2° Toute personne qui se livre aux activités définies au 1° ci-dessus sans satisfaire à la condition posée au 2° de l'article L. 4111-1 compte tenu, le cas échéant, des exceptions apportées à celle-ci par le présent livre et notamment par les articles L. 4111-7 et L. 4131-4-1 ;

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes mentionnées aux 1° et 2°, à l'effet de les soustraire aux prescriptions du présent titre ;

4° Toute personne titulaire d'un diplôme, certificat ou tout autre titre de médecin qui exerce la médecine sans être inscrite à un tableau de l'ordre des médecins institué conformément au chapitre II du titre Ier du présent livre ou pendant la durée de la peine d'interdiction temporaire prévue à l'article L. 4124-6 à l'exception des personnes mentionnées aux articles L. 4112-6 et L. 4112-7 ;

5° Tout médecin mentionné à l'article L. 4112-7 qui exécute des actes professionnels sans remplir les conditions ou satisfaire aux obligations prévues audit article.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en médecine ni aux sages-femmes, ni aux infirmiers ou gardes-malade qui agissent comme aides d'un médecin ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux personnes qui accomplissent, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret ».

de tâches » sont sources d'ambiguïté, et pourraient laisser penser aux professionnels qu'ils sont « *habilités à autoriser d'autres professionnels à exercer certains actes, sous prétexte qu'ils peuvent eux-mêmes régulièrement les effectuer* ». En revanche, le vocable « *coopération* », renvoie aux termes combinés d' « *articulation et d'exécution* », ce qui semble d'avantage correspondre aux aspirations de la Haute Autorité de Santé, favorable à « *la participation de plusieurs professionnels provenant de professions différentes à la meilleure prise en charge du patient* ».

192. Suite au rapport BERLAND, plusieurs expérimentations de coopération portant sur des actes techniques ou médicaux-techniques d'auxiliaires-médicaux ont été menées. Ces travaux ont d'ailleurs conduit à l'élaboration en juin 2006, d'un rapport remis à Monsieur le ministre Xavier BERTRAND intitulé « *Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé*²⁸⁴ ».

193. Somme toute, afin de déroger aux dispositions légales relatives au périmètre des professions médicales et paramédicales, la loi HPST est aujourd'hui venue consacrer un principe général de coopération entre les professionnels de santé par l'intermédiaire de son article 51. Dorénavant, en vertu de l'article L.4011-1 Code de santé publique, la collaboration entre praticien fera l'objet d'un protocole particulier ayant notamment pour objet d'identifier la démarche entreprise, l'organisation du processus de coopération, le champ des responsabilités, ou encore les modalités d'exercice. A leur initiative, les professionnels de santé peuvent donc s'engager dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient²⁸⁵. Le protocole est alors soumis à l'ARS, qui, lorsque la collaboration répond à un besoin de santé constaté au niveau régional, le soumet à la Haute Autorité de Santé. En clôturant le débat relatif à la coopération entre les professionnels de santé, la loi HPST a surtout permis d'offrir aux patients « *des soins consciencieux et attentifs, prodigués par les professionnels les mieux adaptés et les mieux formés*²⁸⁶ ».

²⁸⁴ Rapport remis par messieurs BERLAND et BOURGUEIL.

²⁸⁵ Art. L.4011-1 c. santé pub.

²⁸⁶ F. CLAUDOT, Y. JUILLIERE, *Coopération entre les professionnels de santé : de l'expérimentation aux modalités pratiques*. AMC pratique (Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux-Pratique), n° 193, déc. 2010.

194. Pour conclure ces observations relatives aux compétences et à l'organisation générales des métiers de la santé, il est essentiel de rappeler que le professionnel qui accepte un « *transfert de tâches* » une « *délégation de compétence* » ou une « *coopération* » non organisée par la loi, se rend coupable d'exercice illégal de la profession à laquelle appartient le délégant.
195. Si la définition de la GPEC et des concepts qui lui sont associés est source de controverses, la notion fait cependant l'objet d'un large consensus quant à sa mise en œuvre (§2).

§2- Consensus autour de la GPEC

196. Bien souvent la décision d'enclencher une démarche GPEC rencontre l'adhésion de tous les participants qu'ils soient dirigeants ou représentants du personnel²⁸⁷. Du point de vue de la direction, la GPEC peut ainsi être analysée comme un moyen de « *sensibiliser* » les représentants du personnel aux contraintes de l'organisation, voire d'en faire de véritables « *relais* » permettant de faire valoir l'intérêt de certaines thématiques telles que la VAE ou la mobilité professionnelle. Du point de vue des représentants du personnel, elle représente un outil de maintien de l'emploi dans l'établissement, permettant à l'occasion de valoriser la capacité d'intervention des élus du personnel.
197. Dans le cadre de sa mise en œuvre, la GPEC n'est donc pas nécessairement un outil de clivage ou de conflit, l'adhésion du plus grand nombre permettant à l'établissement de s'approprier la démarche. Si la définition de la GPEC ne remporte pas un large consensus, tout le monde s'accorde ainsi à reconnaître qu'elle demeure une démarche dite hétérogène, voire « *plurielle*²⁸⁸ », suscitant des mises en œuvre diverses.
198. En fonction des problématiques de chaque établissement, le « *périmètre* » de la GPEC peut être « *large* » ou « *étroit* ». Dans le premier cas, l'établissement est pris en compte dans son ensemble et intègre une réflexion sur son architecture organisationnelle. Dans le

²⁸⁷ S. BELLINI, (2009), *Les chemins de la GPEC. Les enseignements d'une recherche-Intervention sur l'appropriation de la démarche GPEC dans le secteur médico-social*, Actes du XXe Congrès de l'AGRH, Toulouse, septembre, France.

²⁸⁸ O. DERENNE, A. LUCAS, *Le développement des ressources humaines*. Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière, vol.2, éd. ENSP, p. 38.

deuxième cas, la démarche se concentrera seulement sur un service ou une activité particulière.

199. La GPEC peut également être organisée selon un « *horizon de court terme* » ou de « *moyen terme* ». Sur un court terme, les données connues ou prévisibles permettront d'organiser la démarche en fixant une échéance brève de 6 mois ou d'un an. Sur un moyen terme, l'établissement se lancera dans une démarche d'anticipation à plus grande échelle. A titre d'exemple, dans le secteur médico-social, la mise en œuvre de la loi sur le handicap du 11 février 2005²⁸⁹, renforçant notamment les actions en faveur de la scolarisation des élèves handicapés en « *milieu ordinaire* », aura pour conséquence prévisible une diminution du nombre d'enfants en établissements spécialisés. En effet, pour le personnel éducatif, l'intégration en milieu ordinaire implique une meilleure coordination avec les acteurs externes tels que l'éducation nationale ou les centres socioculturels. Elle induit également une moins bonne connaissance des activités des enfants accueillis, ainsi qu'un soutien psychologique adapté à ces nouvelles activités. Au regard de ces évolutions, le métier et les missions d'éducateur devront nécessairement être redéfinis dans un cadre pluriannuel.

200. La GPEC est donc une réalité à multiples facettes qui peut prendre la forme d'une démarche tant « *collective* » qu'« *individuelle* ». La démarche collective implique de cartographier l'existant, c'est-à-dire les métiers et les compétences disponibles au sein de l'établissement, ainsi que d'identifier les besoins à court ou moyen terme. Elle nécessite ensuite de réduire les écarts et de construire des parcours types d'évolution, accompagnés de cursus de formation. La démarche individuelle est d'avantage centrée sur le personnel et nécessitera l'évaluation du professionnalisme de l'agent, la construction de parcours individuels de formation ou de VAE, tout en prenant en compte les aptitudes et aspirations individuelles. Pour être pertinente, la démarche GPEC devra nécessairement « *combiner*²⁹⁰ » les deux volets, individuel et collectif, afin de prendre en considération tant le « *nous* » que le « *moi* », c'est-à-dire tant l'évolution future et globale des métiers exercés, que le devenir de chacun des personnels exerçant leur métier dans la structure.

²⁸⁹ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

²⁹⁰ O. DERENNE, A. LUCAS, *op.cit.*

- 201.** La GPEC dite « *plurielle* », peut également revêtir une dimension « *quantitative* » ou « *qualitative* ». La dimension quantitative, appelée « *Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Effectifs* », implique un travail de distribution des effectifs par métier à l'évolution des besoins et des ressources disponibles exprimées en nombre d'emplois. Cette dimension suppose l'élaboration notamment de pyramides des âges, et de projections de flux de sorties et d'entrées du personnel. La dimension qualitative, appelée « *Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences* », nécessitera quant à elle l'identification des métiers et de leur évolution, par le biais d'une cartographie des métiers, de référentiels compétences, ou de mesures de potentiel. Il est souhaitable que la démarche GPEC combine ces deux dimensions. En effet, si pour des raisons démographiques, il paraît nécessaire d'augmenter ou de réduire la capacité d'accueil d'un service de pédiatrie ou de gériatrie par exemple, il sera tout à fait logique d'identifier la capacité future du service, les effectifs et les qualifications nécessaires, ainsi que le positionnement et la redéfinition des tâches du personnel.
- 202.** *In fine*, la GPEC peut être « *offensive* », c'est-à-dire qu'elle aura pour objectif de favoriser le développement de nouvelles activités, ou de nouvelles trajectoires professionnelles. A contrario, elle peut être « *défensive* » en cherchant à prévoir la nature et le nombre d'emplois menacés, et à imaginer des solutions de pérennisation et de sauvegarde des emplois, notamment par des modes de financement, de mutualisation des services, la formation continue ou des évolutions professionnelles.

Conclusion de la section 2

- 203.** Somme toute, il apparaît qu'avant d'être consacrée par la loi BORLOO en 2005, la GPEC s'est développée au gré des réformes législatives, dans un contexte de fortes restructurations économiques. Véritable sujet d'actualité, elle a suscité l'intérêt des experts passionnés par une notion non définie d'un point de vue juridique, et de ce fait source d'incertitudes, de paradoxes et de controverses doctrinales. Pour autant, si la GPEC doit être définie en santé, nous pouvons affirmer qu'il s'agit d'une « *démarche à la fois prévisionnelle et opérationnelle permettant d'anticiper et gérer les besoins en ressources humaines pour*

assurer et développer les activités des établissements sanitaires et médico-sociaux afin de répondre au mieux aux besoins de prise en charge des patients »²⁹¹.

204. Par ailleurs, la GPEC telle qu'elle est présentée dans le code du travail doit être adaptée au champ de la santé, et tout particulièrement au droit des professions de santé régi par la notion de qualification postulée par un diplôme, et non par la notion de compétence, figurant pourtant au sein de l'acronyme GPEC.

205. En définitive, si la définition de la notion fait l'objet de controverses, nous pouvons certainement nous accorder autour d'un consensus : la GPEC doit être adaptée, dans sa mise en œuvre, aux particularismes de la santé et du Code de Santé publique, les chemins de la GPEC étant par nature différents, en fonction de la typologie des établissements de santé concernés.

Conclusion du chapitre

206. A travers l'étude des prémices et de la consécration de la GPEC ainsi que des controverses et consensus existants autour de la notion, nous constatons à l'évidence que la GPEC n'est pas une notion simple dénuée d'intérêt. Il s'agit d'une notion qui passionne les experts, mais qui peut corrélativement être ressentie comme une contrainte juridique en raison de la complexité de sa mise en œuvre. Si la notion divise la doctrine, elle rassemble autour d'un consensus : la GPEC décrite dans le Code du travail doit nécessairement épouser les formes et les particularismes du Code de santé publique, du droit des professions de santé, et des enjeux du secteur.

²⁹¹ ANAP, op. cit.

CHAPITRE SECOND

UNE DÉMARCHE D'ANTICIPATION AU CŒUR DU CHANGEMENT

207. Les établissements de santé évoluent dans un environnement normatif, économique ou sociétal en profonde mutation, induit principalement par une réflexion politique des pouvoirs publics, axée sur l'amélioration de la qualité du système de santé. En effet, ces dernières années, la recomposition du paysage hospitalier, les évolutions techniques et technologiques, les difficultés de recrutement sur certains métiers, ou bien encore les contraintes économiques et budgétaires, ont profondément modifié le champ de la santé et nécessitent de repenser le fonctionnement, l'organisation et le rôle de l'établissement. Devenu pilote du changement, le DRH doit adapter sa politique aux mutations du secteur, en favorisant la formation, le développement des compétences, l'amélioration des conditions de travail, ou la fidélisation du personnel. Un tel pilotage ne peut être effectué qu'à travers la mise en œuvre d'une démarche GPEC, revêtant dès lors, les caractéristiques d'un véritable levier de changement.

208. En effet, tout change continuellement, il faut l'accepter, et agir en conséquence²⁹² : l'environnement, la société, la technologie, les lois et même les hommes, qu'ils soient salariés ou usagers du système de santé. En l'espèce, Il conviendra de traiter dans ce chapitre du changement organisationnel, c'est-à-dire, de celui qui doit être piloté en équipe, qui mobilise les hommes, et requiert l'apprentissage de nouveaux comportements et valeurs²⁹³. Ce changement désigne, « *toute modification dans les structures et/ou les comportements des membres de l'organisation résultant d'une adaptation à l'environnement ou d'action volontaire du dirigeant en vue d'assurer le maintien ou la croissance de l'entreprise dans son*

²⁹² S. PRAJNANPADA, « *Tout change continuellement. Vous devez l'accepter et agir en conséquence* ».

²⁹³ A. DIETRICH, *La gestion du changement dans la politique RH*, Conférence pour la CCIM et pour la DTEFP, Mayotte, nov. 2007.

*environnement*²⁹⁴ ». Les établissements ne doivent pas simplement subir cet environnement mouvant, ils doivent également le transformer, par leur action, décision et par l'étude qu'ils en font, car « *prévoir c'est gérer*²⁹⁵ et *décider* ». Le changement auquel est confronté l'établissement, peut ainsi être envisagé entre autonomie et contrainte. Il peut apparaître comme un élément contraignant, répondant à « *une logique d'adaptation aux mutations de l'environnement* ». Il peut également être appréhendé comme « *un outil politique relevant d'une logique de légitimation et de pouvoir* ». In fine, le changement peut apparaître comme un élément de « *compromis* » négocié²⁹⁶. En tous les cas, pour conduire le changement, l'établissement devra transformer la contrainte en opportunité et s'approprier les solutions qui révèlent les problèmes²⁹⁷.

209. Si aujourd'hui l'établissement se doit d'accompagner le changement, il convient de s'interroger sur les enjeux, et sur ce qui conduit ce dernier à initier une démarche GPEC. La raison de l'engouement pour une telle démarche, résulte certainement du fait qu'elle permet de résoudre un certain nombre de problématiques. En termes de changement, bien évidemment, mais également des problématiques de qualité, de coût, sociales, de gestion des âges, ou bien encore de mimétisme²⁹⁸ : la gestion des compétences apparaît ainsi, comme un phénomène de gestion « *à la mode* ».

210. La démarche GPEC vient également s'inscrire dans une logique de gestion des compétences axée sur la « *flexicurité* » ou plus communément sur le « *consensus* » existant entre établissement et professionnel. En effet, la flexicurité est aujourd'hui considérée comme un dispositif majeur de compétitivité du marché du travail au sein de l'Europe économique et

²⁹⁴ A. GUILHON, *Etude de la relation entre le changement organisationnel et l'investissement intellectuel dans les PME*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université Montpellier I, 15 oct. 1993, 380 p. Voir également, I. FRANCHISTEGUY, *Gérer le changement organisationnel à l'hôpital, Des diagnostics vers un modèle intégrateur*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université Jean Moulin, Lyon III, 19 oct. 2001.

²⁹⁵ Léonard de VINCI l'exprime de la manière suivante : « *Gérer c'est prévoir, et ne pas prévoir c'est déjà gémir* ».

²⁹⁶ A. DIETRICH, *op. cit.*

²⁹⁷ A. DIETRICH, *op. cit.* Pour conduire le changement, il convient de « *s'approprier des solutions qui révèlent les problèmes* », car « *le changement est provoqué moins par le problème que la solution* ». Il est donc préférable de partir d'une solution ou d'un résultat, permettant de répondre au problème ou à la question.

²⁹⁸ C. DEJOUX, A. DIETRICH, *Le management par les compétences : le cas Manpower*, Pearson, 2005. Tableau de diversité des problématiques. Voir également C. DEJOUX, *Gestion des compétences et GPEC*, Chapitre 2, « *Pourquoi faire de la gestion des compétences* », p. 38.

sociale²⁹⁹. Issue des modèles sociaux néerlandais et scandinave³⁰⁰, cette notion tantôt désignée sous le vocable de « *flex-sécurité* » ou « *flexi-sécurité*³⁰¹ » est née de la contraction entre « *flexibilité* » et « *sécurité* ». La « *flexicurité à la française*³⁰² », constitue ainsi une nouvelle approche de la régulation du marché du travail, visant à concilier les besoins de flexibilité des employeurs et de sécurité des travailleurs dans une perspective gagnant-gagnant. C'est donc dans ce contexte oscillant entre flexibilité pour l'établissement et sécurité pour le professionnel, entre recherche d'efficience et maintien de l'employabilité, que la démarche GPEC doit être construite.

211. Tout au long de ce chapitre, nous analyserons ce qui est en jeu au cours de l'élaboration d'une démarche GPEC, tant pour l'établissement de santé, que pour le professionnel. Nous confronterons ainsi l'environnement externe, à l'environnement interne de l'établissement. Tenu d'accompagner les changements d'ordres législatifs, économiques et sociétaux, l'établissement se doit de mettre en œuvre une démarche GPEC. Par ailleurs, cette nécessaire anticipation constitue une formidable opportunité pour le professionnel, enclin à développer son employabilité et à sécuriser son parcours professionnel. Il convient donc d'étudier distinctement cette démarche d'anticipation au cœur du changement pour l'établissement de santé (Section I) ainsi que pour les ressources humaines (Section II).

²⁹⁹ Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions du 27 juin 2007, *Vers des principes communs de flexicurité: Des emplois plus nombreux et de meilleure qualité en combinant flexibilité et sécurité*, COM (2007) 359 final - Non publiée au Journal officiel.

³⁰⁰ La flexicurité « à la Danoise », représente aujourd'hui un modèle « *mythique* » instaurant un principe de primauté du dialogue social, fondée sur la confiance des partenaires sociaux. Le Professeur Michel ABHERVE résume en une phrase ce concept : « *les règles du jeu sont inventées par les acteurs qui s'en servent et les respectent* », M. ABHERVE, *L'instauration de la flexisécurité à la Danoise suppose un dialogue social et constructif*, Alternatives économiques.

³⁰¹ « *flexicurité, flexécurité, flexsécurité, flex-sécurité, flexisécurité, flexi-sécurité* ».

³⁰² La « *flexisécurité* » à la française, Le Point, 17 janvier 2008. La flexicurité est définie par ROGOWSKI et WILTHAGEN (2002) comme « *une politique stratégique qui tente, de façon synchronique et délibérée : d'améliorer la flexibilité du marché de l'emploi, de l'organisation du travail et des relations collectives de travail, d'améliorer la sécurité d'emploi et la protection sociale, en particulier pour les groupes fragilisés à l'intérieur et à l'extérieur du marché de l'emploi* ». D. MEDA, *Post-face : la flexicurité peut-elle encore constituer une ambition pour l'Europe ?*, Formation emploi 1-2011, n°113, p. 97-109. URL: www.cain.info/revue-formation-emploi-2011-1-page-97htm. DOI: 10.3917/form.113.0097. D. MEDA, fait un bilan plutôt mitigé de cette flexicurité française et européenne qu'il considère profondément déséquilibrée.

Section 1- Une démarche d'anticipation au cœur du changement pour l'établissement de santé

212. Si la GPEC est une notion aux contours incertains, elle évolue également dans un environnement en perpétuelle mutation. En effet, le développement des règles relatives à l'obligation de gestion des compétences et d'évolution professionnelle du salarié, associé aux mesures de prévention des risques et de développement de la qualité, rendent l'environnement normatif contraignant pour l'établissement, tenu d'anticiper pour mieux gérer. Par ailleurs, le contexte économique favorable à la rigueur budgétaire, impose la mise en œuvre d'une politique d'efficience que devra intégrer toute démarche GPEC. En outre, la raréfaction de certains métiers et l'explosion des nouvelles technologies, imposent de renforcer l'attractivité des métiers de la santé et d'engager une réflexion quant à leur avenir. Enfin, il semble que de par leurs positionnements, les usagers « *acteurs* » du système de santé, impactent indirectement le contenu de la démarche. Les changements dans l'environnement législatif et économique (§1), ainsi que les changements dans l'environnement sociétal (§2), représentent non seulement des facteurs déterminants de mise en œuvre d'une démarche GPEC, mais également des enjeux fondamentaux auxquels l'établissement devra apporter une réponse cohérente.

§ 1- Les changements dans l'environnement législatif et économique

213. Le contexte normatif aussi bien en droit du travail, qu'en droit de la santé devra nécessairement être pris en compte et valorisé à l'occasion de l'élaboration d'une démarche GPEC. En effet, bien au-delà de la loi BORLOO instituant l'obligation triennale de négocier, l'ensemble des réformes imposant un suivi de la formation professionnelle et un développement de la qualité, constitueront des mesures décisives dans la gestion de l'emploi. Par ailleurs, l'environnement économique axé sur une réduction des coûts de santé devra nécessairement être pris en compte, pour concourir à l'élaboration d'une politique de gestion des hommes plus efficiente. Les changements dans l'environnement législatif (I) et économique (II) feront donc l'objet d'études successives.

I- Les changements dans l'environnement législatif

214. Afin d'initier une démarche GPEC, l'établissement devra nécessairement intégrer l'ensemble des mesures législatives relatives tant au droit du travail, qu'au droit de la santé. Il est donc opportun d'analyser l'impact de ces réformes, ayant trait non seulement au droit de la formation professionnelle et au dialogue social (A), mais également au développement de la qualité (B).

A- *En termes de formation professionnelle et de dialogue social*

215. Disposer des ressources humaines nécessaires en quantité et qualité à un instant « *T* », est devenu une véritable nécessité pour l'établissement de santé tenu d'établir une concordance entre les ressources et l'emploi. Plus qu'une obligation légale, l'anticipation des besoins au regard de la stratégie et des facteurs d'évolution de l'emploi et des compétences permet de répondre aux enjeux du secteur, confronté à un contexte législatif favorable à la mise en œuvre d'un véritable droit à la formation du professionnel, antichambre de la sécurisation des parcours professionnels. En effet, la gestion prévisionnelle des compétences doit être envisagée au regard de l'obligation d'adaptation du professionnel à l'évolution de son poste de travail.
216. Ainsi que nous l'avons précisé, « *l'employeur tenu d'exécuter de bonne foi le contrat a le devoir d'assurer l'adaptation des salariés à l'évolution de leur emploi*³⁰³ ». Cette obligation d'adaptation par des actions de formation a été consacrée par la loi du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social³⁰⁴, ainsi que par le décret du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière³⁰⁵, instituant un Droit Individuel à la Formation (DIF) pour tout salarié ou agent titulaire d'une ancienneté d'au moins un an dans l'entreprise

³⁰³ Cass. Soc. 25 février 1992, société Expovit c/ Dehaynain, Bull. V, n° 122

³⁰⁴ Loi n°2004-391 du 4 mai 2004, relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social.

³⁰⁵ Loi n°2008-824 du 21 août 2008 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière.

ou l'établissement. Chaque année, le salarié ou l'agent bénéficiera ainsi d'un Droit Individuel à la Formation de 20 heures cumulables dans la limite de 120 heures³⁰⁶.

217. Afin de conférer une véritable portée à ce droit à la formation, il est nécessaire d'« *établir un lien entre GPEC et DIF*³⁰⁷ ». Ce dernier ne peut être appréhendé comme une simple mesure de consommation de formation. Pour lui donner une trajectoire, il est nécessaire d'établir une filiation entre l'approche collective de la GPEC et la problématique individuelle du salarié, c'est-à-dire entre les demandes de formation et les évolutions de l'emploi. Les projets individuels étant intimement liés à ceux de l'entreprise, il faut considérer que DIF et GPEC sont unis par un « *lien naturel* », permettant de faire « *décoller* » le DIF dans « *le cœur des salariés*³⁰⁸ ».
218. Depuis 1992, les obligations de l'employeur en matière de formation professionnelle ce sont étoffées. De la simple affirmation par les juges d'une obligation de formation inscrite au sein du Code du travail, le droit de la formation a progressivement basculé vers une obligation de gestion des compétences et de l'évolution professionnelle du salarié. Dorénavant, les juges font référence non seulement à l'obligation d'adaptation du salarié à l'évolution de son poste de travail, mais aussi au maintien de sa capacité à occuper un emploi.
219. Dans l'arrêt du 23 octobre 2007, Union des opticiens c/ Soulies et Autres³⁰⁹, la Cour de cassation établit un « *découplage*³¹⁰ » entre l'obligation d'adaptation au poste de travail et

³⁰⁶ Notons que ce droit à la formation déclenché à l'initiative du salarié ou de l'agent se calcule *pro rata temporis* pour les temps partiels.

³⁰⁷ Suite à une étude relative aux rapports entre la GPEC et le DIF, Monsieur Gérard LEFEVRE, président du Groupement des Acteurs et Responsables de la Formation (GARF), considère qu'il existe un lien naturel entre ces deux dispositifs. Une bonne articulation avec la GPEC permettrait au DIF de « *décoller* » dans le cœur des salariés, ignorant généralement tout du contenu de ce dispositif. <http://www.demos.fr/fr/chaines-thematiques/dif/pages/actualite.aspx?NewsId=59>.

Différents rapports du GARF ont été réalisés à ce sujet : Rapport *clé pour l'emploi et la compétitivité* de Gérard LARCHER sur la formation professionnelle ; *Sécurisation des parcours professionnels* - Etude du GARF, oct. 2010 ; *Développement de la GPEC : Enjeux pour la formation*, <http://www.garf.asso.fr/wpFichiers/1/Publication/116.pdf>.

³⁰⁸ G. LEFEVRE, *op. cit.*

³⁰⁹ Cass. Soc., 23 oct. 2007, n°06-40. 950, n°2190 FS-P+B, Synd. Professionnel UDO c/ Soulies et a. Commentaire Bernadette LARDY-PELISSIER, Dr. Ouvrier – Mai 2008 pp. 296-298.

Cet arrêt, publié au bulletin des arrêts de la cour de cassation, présente un intérêt particulier dans la mesure où sa mise en œuvre laisse présager des conséquences non négligeables sur l'interprétation de l'article L.1233-4 §1 du Code du travail relatif au licenciement économique, où la distinction entre obligation d'adaptation au poste de travail et obligation de veiller au maintien de la capacité des salariés à occuper un emploi devrait être effectué. La logique distinguant les deux obligations, pourrait

l'obligation de veiller au maintien de la capacité des salariés à occuper un emploi. Elle reconnaît ainsi l'existence de deux préjudices, assortis de deux indemnités, pour non-respect de l'obligation d'adaptation mais aussi et surtout pour non-respect d'une obligation générale de formation. Dans cette affaire, deux salariés ayant respectivement 12 et 24 ans d'ancienneté avaient été licenciés pour motif économique en 2001, alors même qu'ils n'avaient bénéficié que de 3 jours de formation en 1999. La cour de cassation a considéré que l'insuffisance de formation constituait un manquement de l'employeur dans l'exécution du contrat de travail entraînant un préjudice distinct de celui résultant de sa rupture. En d'autres termes, la cour considère que les salariés ont la possibilité de cumuler l'indemnité de rupture du contrat fondée sur le défaut de cause réelle et sérieuse et l'indemnité pour réparation du préjudice causé par l'incapacité de leur employeur de maintenir leur « employabilité ». De ce fait, l'entreprise qui remet des salariés sur le marché du travail sans les avoir formés préalablement et conformément à l'évolution de ce marché, commet une faute entraînant réparation du préjudice.

- 220.** Cette décision de la cour de cassation a par ailleurs été confortée à plusieurs reprises, et notamment dans deux arrêts du 2 mars 2010 et du 28 septembre 2011³¹¹, dans lesquels les juges affirment que « *l'employeur a l'obligation d'assurer l'adaptation des salariés à leur poste de travail et de veiller au maintien de leur capacité à occuper un emploi, (...) cette obligation existe quand bien même la carrière du salarié ou l'emploi qu'il occupe dans l'entreprise ne devraient pas connaître d'évolution prévisible* ». La mise en œuvre de la GPEC au sein des établissements de santé devra donc s'adapter aux enjeux du secteur et notamment aux enjeux législatifs en considérant l'ensemble de ces jurisprudences associant, d'une part, la formation à une obligation contractuelle de l'employeur, et, d'autre part, intégrant tous les salariés de l'entreprise ou de l'établissement quel que soit l'emploi occupé, à cette démarche de gestion des compétences et de formation.

donc à terme être appliquée par les juges à l'article L.1233-4 du Code du travail qui précise que « *le licenciement économique d'un salarié ne peut intervenir que lorsque tous les efforts de formation et d'adaptation ont été réalisés* ».

³¹⁰ Ce « *découplage* » fait aujourd'hui l'objet de 2 alinéas distincts dans l'article L.6321-1 du Code du travail : « *L'employeur assure l'adaptation des salariés à leur poste de travail. Il veille au maintien de leur capacité à occuper un emploi, au regard notamment de l'évolution des emplois, des technologies et des organisations.* »

³¹¹ Cass. soc. 2 mars 2010, n° 09-40914, 09-40915, 09-40916, 09-40917. Jurisprudences confirmées par une décision de la cour de cassation du 5 oct. 2011.

221. L'Accord National Interprofessionnel du 7 janvier 2009 sur le développement de la formation³¹², concrétisé par la loi du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie, met en exergue son objectif de sécurisation des parcours professionnels³¹³, tant pour les salariés en situation d'emploi stable, que pour ceux en situation d'emploi précaire ou fragilisés en raison d'un faible niveau de qualification. Plus qu'une simple réforme, elle contribue très largement à « *l'intégration de la formation professionnelle dans le droit de l'emploi au sens large*³¹⁴ » et démontre « *à quel point la formation est liée aux problématiques de la GPEC dans l'entreprise* ». En effet, de manière analogue à la GPEC, le droit de la formation professionnelle répond à un certain nombre d'acronymes bien particuliers : OPCA³¹⁵, OPACIF³¹⁶, DIF³¹⁷, CIF³¹⁸, VAE³¹⁹, FPSPP³²⁰, ou CNEFP³²¹, autant d'acronymes démontrant certes sa complexité de mise en œuvre, mais révélant avant tout, l'intérêt du législateur pour la notion de sécurisation des parcours

³¹² ANI du 7 janvier 2009 sur le développement de la formation, la professionnalisation et la sécurisation des parcours professionnels.

³¹³ Loi n° 2009-1437 du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie (JO 25 novembre). Conseil constitutionnel 19 nov., n° 2009-592 DC. Liaisons sociales quotidien, 17 déc. 2009, n°256/2009, LSQ n°15507.

³¹⁴ S. DOUGADOS, S. PELICIER-LOEVENBRUCK, *Formation professionnelle, les nouveaux enjeux à l'heure de la flexicurity*, Semaine sociale Lamy, n°1387, 16 fév. 2009, p 3.

³¹⁵ L'OPCA est un organisme chargé de collecter des fonds pour financer les formations professionnelles en entreprise. Il existe plusieurs OPCA en France. Ces organismes créés par les partenaires sociaux, agréés par l'état, collecte et gère les contributions « *professionnalisation* » et « *plan de formation* ». La loi du 24 novembre 2009 élargit les missions des OPCA, ainsi que leurs critères d'agrément, ce qui devrait entraîner une diminution de leur nombre.

³¹⁶ Les OPACIF collectent les fonds dédiés au Congé Individuel de Formation. Les OPACIF financent également tous les congés rattachés à l'individu, comme le congé de bilan de compétences ou de VAE.

³¹⁷ Dans la lignée de l'Accord National Interprofessionnel du 7 janvier 2009, la loi sur la formation professionnelle du 24 nov. 2009 précise les modalités de portabilité du DIF. Ce dernier pourra ainsi être mobilisé entre deux contrats de travail, c'est-à-dire, soit pendant une période d'indemnisation chômage, soit auprès d'un nouvel employeur dans les 2 ans suivants son embauche. Précédemment, le code du travail prévoyait un système de transférabilité du DIF, qui permettait au salarié licencié ou démissionnaire de bénéficier de ses heures de DIF, pendant l'exécution du préavis et en l'absence de faute grave.

³¹⁸ Le Congé Individuel de Formation est le droit à autorisation d'absence accordée à un salarié afin de suivre une formation, ceci, même si le salarié n'obtient aucune prise en charge financière pour ce congé.

³¹⁹ La VAE est un dispositif permettant aux salariés, demandeurs d'emploi, d'obtenir un titre professionnel, par la reconnaissance des acquis obtenus tout au long de leur activité professionnelle.

³²⁰ Le Fond Paritaire de Sécurisation des Parcours Professionnels, destiné notamment à favoriser la formation des salariés par les moins qualifiés et les demandeurs d'emploi, remplace et élargi les missions du Fond Unique de Péréquation (FUP).

³²¹ Mis en œuvre par la loi du 24 novembre 2009, le conseil national d'évaluation de la formation professionnelle a pour objet d'évaluer la qualité de la formation professionnelle, ainsi que ses effets sur les salariés bénéficiaires de formations.

professionnels, « *notion omniprésente*³²² » dans l'Accord National Interprofessionnel de 2009. Cette notion de sécurisation des parcours professionnels, considérée comme « *fondamentale*³²³ » par les partenaires sociaux, a pour visée « *de permettre à chaque salarié de progresser d'au moins un niveau de qualification au cours de sa vie professionnelle ou d'obtenir une nouvelle qualification dans le cadre d'une reconversion*³²⁴ ».

222. Lors de la mise en œuvre d'une démarche GPEC, l'établissement de santé n'aura donc d'autres choix que de tenir compte du contexte législatif et de répondre notamment aux obligations du secteur en matière de droit à la formation.

223. Si l'environnement normatif actuel impose à l'employeur d'établir une véritable gestion prévisionnelle des formations professionnelles, tant en lien avec les besoins internes de l'entreprise, qu'avec les exigences du marché extérieur, d'autres réformes induisent nécessairement de la part de l'employeur, une réflexion globale et prévisionnelle de gestion des ressources humaines portant sur l'emploi des seniors, la résorption des écarts entre les hommes et les femmes, mais aussi la prévention de la pénibilité de ces personnels.

224. En effet, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009³²⁵ impose aux entreprises employant au moins 50 salariés d'élaborer des mesures en faveur de l'emploi des salariés âgés, par le biais d'un accord d'entreprise ou d'un plan d'action dit « *plan seniors* ». Tout l'enjeu de cette réforme réside bien évidemment dans la nécessité de renforcer le taux d'emploi des seniors en déclin ces dernières années en France, de maintenir leur emploi, mais surtout de promouvoir une meilleure transmission des savoirs et des compétences entre

³²² S. DOUGADOS, S. PELICIER-LOEVENBRUCK, *op.cit.*

³²³ *La sécurisation des parcours professionnels*, Semaine sociale Lamy, Suppl., n°1348, 7 avr. 2008.

³²⁴ Accord National Interprofessionnel du 7 janvier 2009 sur le développement de la formation, la professionnalisation et la sécurisation des parcours professionnels.

³²⁵ Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009. JORF n°0294 du 18 décembre 2008 page 19291. Légis. Soc.- Sécu., financ.- n°06/2009 du 9 janv. 2009. Art. 87. Cette loi impose aux entreprises d'établir au plus tard pour le 1^{er} avril 2010, un accord d'entreprise ou un plan d'action, sous peine de recevoir une pénalité financière correspondant à 1% des rémunérations ou gains entrant dans l'assiette des cotisations de Sécurité sociale versées aux travailleurs salariés et assimilés. A l'origine les entreprises devaient conclure un accord ou un plan d'action avant le 31 déc. 2009. Cependant, une circulaire interministérielle datée du 14 déc. 2009, précise que les entreprises non couvertes par un accord de branche, dispose d'un délai supplémentaire de 3 mois, à compter du 1^{er} janv. 2010. Le délai pour conclure a donc été reporté au 1^{er} avril 2010. Circulaire interministérielle n°DSS/5B/5C/2009/374 du 14 déc. 2009. L'accord ou le plan conclu pour une durée maximale de 3 ans, doit répondre aux exigences de l'art. L.138-25 du Code de Sécurité sociale.

professionnels, à l'occasion de la phase de transition entre le travail et la retraite. Dans le cadre de l'article 87³²⁶ de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009, un accord sur l'emploi des seniors dans la branche sanitaire et médico-sociale privée, a été conclu le 16 octobre 2009 entre la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) à but lucratif et quatre syndicats³²⁷. Concernant les établissements adhérant à la Fédération des établissements Hospitaliers et d'aide à la personne, privés non lucratifs (FEHAP), l'accord de branche a fait l'objet d'une opposition d'au moins trois organisations syndicales non signataires. L'accord étant réputé non écrit, les établissements adhérents comptant de 50 à 300 salariés, ont l'obligation de conclure un accord d'entreprise ou d'établir un plan d'action. Précisons, en revanche, que cette gestion de l'emploi des seniors initiée par la loi de financement de la Sécurité sociale, ne s'applique pas aux établissements publics mentionnés à l'article 2 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986³²⁸.

225. Afin de lutter contre les inégalités professionnelles entre les hommes et les femmes, la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites³²⁹, impose également aux entreprises

³²⁶ Art. L.138-24 du Code de Sécurité sociale « *Les entreprises, y compris les établissements publics, mentionnées aux articles L.2211-1 et L.2233-1 du code du travail employant au moins cinquante salariés ou appartenant à un groupe au sens de l'article L. 2331-1 du même code dont l'effectif comprend au moins cinquante salariés sont soumises à une pénalité à la charge de l'employeur lorsqu'elles ne sont pas couvertes par un accord ou un plan d'action relatif à l'emploi des salariés âgés* ».

³²⁷ Dans la branche sanitaire et médico-sociale privée, un accord a été signé le 16 oct. 2009 entre la FHP et la CFDT, CFTC, CFE-CGC et FO.

³²⁸ Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. « *1° Etablissements publics de santé ; 2° Hospices publics ; 3° Maisons de retraite publiques, à l'exclusion de celles qui sont rattachées au bureau d'aide sociale de Paris ; 4° Etablissements publics ou à caractère public relevant des services départementaux de l'aide sociale à l'enfance et maisons d'enfants à caractère social ; 5° Etablissements publics ou à caractère public pour mineurs ou adultes handicapés ou inadaptés, à l'exception des établissements nationaux et des établissements d'enseignement ou d'éducation surveillée ; 6° Centres d'hébergement et de réadaptation sociale, publics ou à caractère public, mentionnés à l'article L. 345-1 du code de l'action sociale et des familles ; 7° Centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre. Le présent titre ne s'applique pas aux médecins, odontologistes et pharmaciens mentionnés aux 1° à 4° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique* ».

³²⁹ Art. 9 de la loi n°2010-1330 du 9 nov. 2010 portant réforme des retraites, JO du 10 nov. 2010. Décret n° 2011-822 du 7 juillet 2011, JO du 9 juil. 2011. Circulaire du ministère du travail du 28 oct. 2011, relatif au champ et aux conditions d'application de la pénalité financière en matière d'égalité hommes/femmes. Voir également la note de synthèse n°47, nov. 2011, du Conseil d'Analyse Stratégique (CAS), en faveur d'un meilleur équilibre vie familiale-vie professionnelle. Enfin, l'Observatoire sur la Responsabilité Sociétale des Entreprises (ORSE), a créé un portail relatif aux pratiques d'égalité professionnelle : www.egaliteprofessionnelle.org.

d'au moins 50 salariés de conclure un accord ou d'élaborer un plan d'action³³⁰, à compter du 1^{er} janvier 2012, en matière d'égalité hommes/femmes, le non-respect de cette obligation étant assorti d'une pénalité financière de 1% des rémunérations. Cette nouvelle obligation législative, incite donc nécessairement l'employeur à considérer de manière prévisionnelle l'égalité entre les hommes et les femmes. En effet, dans la Fonction Publique Hospitalière, un rapport rédigé par Madame la députée Françoise GUEGOT, sur l'égalité professionnelle hommes-femmes dans les trois fonctions publiques, révèle certaines « *inégalités* ». Si la Fonction Publique Hospitalière demeure la plus féminisée avec 55.1% des femmes parmi ses cadres, cette féminisation dissimule « *d'importantes disparités* ». Ainsi, « *les femmes représentent 53% des chefs d'établissement membres du corps des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social, alors qu'elles ne sont que 16% parmi les chefs d'établissement membres du corps des directeurs d'hôpital* ». « *3 postes de directeurs de CHU sur 32 sont donc occupés par des femmes*³³¹ ».

226. Cette préoccupation égalitaire entre les hommes et les femmes n'est d'ailleurs pas nouvelle, et a déjà conduit à l'élaboration de la loi dite GENISSON du 9 mai 2001³³², qui institue une obligation de négocier sur l'égalité professionnelle hommes-femmes au niveau de l'entreprise et des branches. Cette loi, avec le décret du 3 mai 2002, est à l'origine de mesures permettant aux membres des jurys et comités de sélection dans la fonction publique d'être choisis en respectant une proportion minimale de chacun des sexes.

227. *In fine*, la loi portant réforme des retraites introduit également pour les entreprises d'au moins 50 salariés, employant une proportion minimale de 50% de salariés exposés aux facteurs de risques de pénibilité³³³, une obligation de conclure un accord ou d'élaborer un plan d'action en faveur de la prévention de la pénibilité³³⁴.

³³⁰ Outre cette obligation, l'employeur est tenu d'engager tous les ans, dans le cadre de la Négociation Annuelle Obligatoire (NAO), une négociation portant sur les objectifs d'égalité entre les hommes et les femmes dans l'entreprise, compte tenu du rapport de situation comparée hommes/femmes remis au CE, conformément à l'art. L.2323-57 c. travail.

³³¹ F. GUEGOT, *L'égalité professionnelle hommes-femmes dans la fonction publique*. DF : 5RO26040. www.ladocumentationfrançaise.fr. Paris 2011.

³³² Loi n° 2001-397 du 9 mai 2001 relative à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes.

³³³ Art. D. 138-26 du Code de Sécurité Sociale

³³⁴ Art. 77 de la loi n°2010-1330 portant réforme des retraites. Décret n°2011-823 et n°2011-824 du 7 juillet 2011, JO du 9juil. 2011. Circulaire DGT n°08 du 28 oct. 2011.

228. Afin de remplir l'ensemble de ces obligations législatives, et ce, dans les délais impartis, beaucoup d'employeur envisagent d'élaborer « *un accord unique égalité, pénibilité, seniors, GPEC*³³⁵ ». Cette volonté d'élaborer un accord traitant simultanément la séniorité, l'égalité, la pénibilité et la GPEC, démontre à quel point ces obligations de négocier ciblées sur certaines catégories du personnel, impliquent nécessairement d'être intégrées à une démarche globale de GPEC.
229. Si les réformes législatives propres au droit du travail impactent le fonctionnement des établissements de santé, les évolutions récentes relatives au droit de la santé devront également prises en considération à l'occasion de l'élaboration d'une démarche GPEC.

B- En termes de développement de la qualité

230. Institué par la loi HPST, « *le développement professionnel continu (DPC) a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins*³³⁶ ». ».
231. Dès lors, l'évaluation des pratiques professionnelles ainsi que la Formation Médicale Continue (FMC) font partie intégrante d'un seul et unique mécanisme ayant pour seul dessein : l'amélioration de la qualité du système de santé, finalité principale de toute démarche GPEC. C'est donc dans ce contexte normatif, ayant pour préoccupation et vocation, la qualité des soins, que les démarches GPEC doivent être considérées. Le développement professionnel continu, rendu obligatoire pour tous les médecins et praticiens hospitaliers non médecins des établissements de santé publics ou privés participant au service public hospitalier, transcende donc très largement un simple droit à la formation professionnelle, et doit être envisagé sous le versant progressiste du développement de la qualité et de la sécurité des soins.
232. Pour bien comprendre l'enjeu de l'intégration du développement professionnel continu au sein d'une démarche GPEC, un bref rappel des notions de formation médicale continue et

³³⁵ S. NIEL, *Accord unique égalité, pénibilité, senior, GPEC*. Les cahiers du DRH, n°181, nov. 2011.

³³⁶ L.4133-1 du Code de Santé publique.

d'évaluation des pratiques professionnelles s'impose. Initialement ces deux notions constituaient deux obligations individuelles et « *cumulatives* »³³⁷, obéissant à deux régimes juridiques distincts. En effet, conformément à l'article 11 du Code de déontologie³³⁸, « *tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances, il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles* ».

233. De simple « *devoir professionnel* » d'entretenir et de perfectionner ses connaissances³³⁹, consacré par l'ordonnance du 24 avril 1996³⁴⁰, la formation médicale continue est devenue une véritable « *obligation juridique*³⁴¹ », affirmée par la loi du 4 mars 2002³⁴². Cette dernière définit la formation médicale continue comme ayant « *pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances, y compris dans le domaine des droits de la personne ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de santé publique* ». La notion de « *droits de la personne* », mise en lumière à l'occasion des débats parlementaires en 2002, apparaissait ainsi comme une notion légitimant l'obligation de formation médicale continue. Madame Catherine GENISSON³⁴³ mentionnera d'ailleurs à ce sujet, que « *ce projet affirme le droit du malade face à des professionnels formés non seulement aux techniques, mais à la connaissance de tout l'être humain, qui n'est pas une somme d'organes pouvant se dérégler*³⁴⁴ ».

³³⁷ IGAS. Rapport RM 2008, 124P, *Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins*. Ce rapport établi par Pierre-Louis BRAS et par le Docteur Gille DUHAMEL en nov. 2008 a pour objectif d'analyser l'organisation juridique, administrative et financière des dispositifs de FMC et d'EPP. Il a également pour visée d'établir des propositions de simplification, voire d'unification de ces dispositifs.

³³⁸ Décret n°95-1000 de sept. 1995.

³³⁹ Art. L.367-2 c. santé pub.

³⁴⁰ Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, art. 3-I.

³⁴¹ La FMC qui était un « *devoir professionnel* » a progressivement évolué, pour finalement devenir une « *obligation au sens juridique du terme* », consacrée dans le Code de santé publique. au Chapitre III, du Titre III « *Profession de médecin* », du Livre Ier « *Professions médicales* ». N. MAGGI-GERMAIN, P. CAILLAUD, Rapport de recherche, *Les évolutions du cadre juridique du droit de la formation professionnelle continue : un changement de paradigme ?*, nov. 2006. Pour l'appel d'offre de la DARES, « *Le droit et l'effectivité de droit à la formation professionnelle continue* ». halshs-00403783, version 1-13 Juil. 2009. <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00403783>.

³⁴² Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Art. 59.

³⁴³ Députée socialiste de la santé, Madame C. GUENISSON est membre de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

³⁴⁴ Projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, AN, débats, 3^{ème} séance du mardi 2 oct. 2001. N. MAGGI-GERMAIN et P. CAILLAUD, *op. cit.*

234. Reprécisée par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique³⁴⁵, la notion de formation médicale continue a évolué progressivement « *d'une logique de contrôle à une logique plus incitative* »³⁴⁶. A cette occasion, Monsieur Jean-François MATTEI précisera que « *les médecins perçoivent très bien la nécessité où ils sont de se former pour continuer à délivrer les soins de meilleure qualité, et ils souscrivent de manière responsable à cette obligation. Une démarche incitative et conventionnelle est plus efficace qu'une démarche répressive*³⁴⁷ ». ».
235. La loi du 13 août 2004³⁴⁸, quant à elle, instituera une obligation complémentaire d'évaluation des pratiques professionnelles, définie comme ayant « *pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par le praticien. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement de la santé publique dans le respect des règles déontologiques. Elle consiste en l'analyse des pratiques professionnelles en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la HAS et inclut la mise en œuvre et le suivi d'amélioration des pratiques. L'évaluation des pratiques professionnelles avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la FMC*³⁴⁹ ». Cette loi s'inscrit dans une logique d'« *évaluation sanctionnante* », le non-respect par le médecin de cette obligation complémentaire étant assorti de sanctions disciplinaires³⁵⁰. Paradoxalement, la Haute Autorité de Santé, qui définit les modalités de mise en œuvre de l'évaluation, a donné une nouvelle trajectoire à l'évaluation des pratiques professionnelles en privilégiant l'« *évaluation formative*³⁵¹ » qu'elle oppose à l'évaluation « *sanctionnante* ».

³⁴⁵ Loi n°2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique. Art. 98.

³⁴⁶ D. LAURENT, *Rapport sur la formation médicale continue des médecins libéraux*, Rapport au ministre de la santé, nov. 2002, 43 p., p.20. La notion de FMC a évolué progressivement « *d'une logique de contrôle à une logique plus incitative* », en supprimant la possibilité de sanctionner disciplinairement le médecin qui n'aurait pas satisfait à son obligation de formation continue.

³⁴⁷ Compte rendu n°55, 10 sept. 2003. Intervention de J-F MATTEI, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, devant la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

³⁴⁸ Loi n°2004-810 du 13 août 2004, art. 14, art. L.4133-1-4 du Code de santé publique.

³⁴⁹ Décret du 14 avril 2005. P-L. BRAS et Dr G. DUHAMEL, *op. cit.*

³⁵⁰ Art. L.4133-1-1 du Code de santé publique.

³⁵¹ La HAS distingue « *évaluation sanctionnante* » et « *évaluation formative* ». Selon P-L. BRAS et G. DUHAMEL, l'« *évaluation sanctionnante* » fait référence au sens commun du terme évaluation, c'est-à-dire, à « *l'appréciation portée par un tiers se traduisant par la détermination d'une note, d'un prix, d'un certificat de conformité, que l'on peut avec une connotation négative appeler sanction* ». L'évaluation « *formative* », quant à elle, fait d'avantage référence à la notion d'auto-évaluation.

236. Si *formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles* répondaient à des modalités de mise en œuvre distinctes, « *cette séparation apparaissait comme étant largement artificielle*³⁵² ». En effet, en évoluant vers une « *évaluation formative* », l'évaluation des pratiques professionnelles se rapprochait, de par sa finalité, du dispositif de formation médicale continue. Par ailleurs, les textes et notamment le décret du 14 avril 2005, indiquaient très clairement que l'évaluation des pratiques professionnelles faisait partie intégrante de la formation médicale continue. Les deux dispositifs étant complémentaires, il paraissait tout à fait logique de les unifier dans une notion commune de développement professionnel continu, indiquant que les médecins ne sont pas soumis à une « *obligation de moyen* », mais qu'ils sont tenus d'« *entretenir leur connaissances* », de « *perfectionner leur savoir-faire* », et d'« *améliorer leur savoir-être* ». Les textes concernant la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles sont donc remplacés par ceux relatifs au développement professionnel continu. Ce dispositif a pour objectif la qualité du service médical rendu au patient, désignant « *des soins sûrs, conformes aux données acquises de la science, adaptés aux aspirations des patients et efficaces*³⁵³ ».

237. La démarche GPEC initiée par tout établissement de santé, devra donc nécessairement intégrer ces réformes législatives successives relatives à la formation continue et au développement professionnel continu des professionnels médicaux et paramédicaux. Cependant, ce cheminement de formation prévisionnelle devra également tenir compte du fait que les établissements privés ont l'obligation de financer la formation professionnelle de tous les salariés de l'entreprise³⁵⁴, qu'ils soient classifiés dans la catégorie des personnels médicaux et paramédicaux, ou dans celle des personnels administratifs, logistiques ou éducatifs. Pour autant, si le dispositif de développement professionnel continu est obligatoire pour le personnel médical et paramédical, il demeure financé par la même enveloppe budgétaire que celle de la formation professionnelle visée par le Code du travail. La réforme mise en œuvre par la loi HPST pourrait donc avoir pour effet pervers « *d'assécher les fonds de la formation professionnelle* » au bénéfice d'une partie des salariés, et au détriment des personnels non médicaux. Ainsi que nous l'avons développé précédemment, cet effet est totalement contraire à l'esprit de l'art. L.6111-1 Code du travail, qui précise la nécessité pour chaque personne, indépendamment de son statut, d'acquérir et d'actualiser des connaissances et des

³⁵² IGAS, P-L. BRAS et G. DUHAMEL, *op. cit.*

³⁵³ IGAS, P-L. BRAS et G. DUHAMEL, *op. cit.*

³⁵⁴ Art. L.6331-1 c. travail.

compétences favorisant son évolution professionnelle, ainsi que de progresser d'au moins un niveau de qualification au cours de sa vie professionnelle. Assurément, les démarches GPEC initiées par les établissements sanitaires et médico-sociaux devront donc articuler droit de la santé et droit du travail, en structurant au mieux l'obligation de développement professionnel continu et l'obligation de formation professionnelle organisée par la législation du travail.

238. Par ailleurs, une autre complexité de mise en œuvre de la loi HPST peut être soulignée. Celle-ci précise que les commissions scientifiques indépendantes des professionnels de santé, ont pour mission de proposer au ministre de la santé, des orientations nationales de développement professionnel continu. A cette occasion, les ARS ont la faculté de compléter ces orientations en tenant compte des spécificités régionales. Les textes ne permettent donc pas aux établissements de définir eux-mêmes les orientations de développement professionnel continu de leur propre personnel. Ces mesures ne paraissent pas judicieuses au regard, notamment, des nombreux impératifs des établissements sanitaires et médico-sociaux, en matière de GPEC, mais aussi d'évaluation interne et externe de la qualité, ou de gestion des risques. En effet, les établissements devraient pouvoir être en mesure de définir eux-mêmes leurs propres axes de formation, en fonction de leurs besoins et de leurs projets stratégiques.

239. Conscients de l'ensemble de ces contraintes, la Croix-Rouge française, la FHP, la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer, ainsi que la FEHAP, ont adressé le 31 mai 2010, un courrier à Madame la ministre de la santé et des sports, Roselyne BACHELOT-NARQUIN, pour dénoncer les difficultés soulevées par les projets de décrets relatifs au financement du développement professionnel continu et à la détermination, au niveau national, des grandes orientations du développement professionnel continu. Les décrets du 30 décembre 2011³⁵⁵ ne permettent cependant pas de modifier les mesures

³⁵⁵ Décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins. JO, 1^{er} janv. 2012. « Art. R. 4133-9. Les actions de développement professionnel continu des médecins salariés du secteur privé sont financées dans les conditions prévues par l'article L. 6331-1 du code du travail ».

Décret n° 2012-26 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique indépendante des médecins. Art. D. 4133-16. « La commission scientifique indépendante des médecins, mentionnée à l'article L. 4133-2, a pour mission de : 1- Formuler un avis sur les orientations nationales de développement professionnel continu au ministre chargé de la santé qui les arrête après information de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu [...] 4- Formuler un avis sur les orientations régionales proposées par les agences régionales de santé en matière de développement professionnel continu ».

annoncées, et confirment les inquiétudes annoncées par les établissements sanitaires et médico-sociaux privés.

240. Si l'établissement doit faire face aux mutations de l'environnement juridique, il doit également affronter les restrictions budgétaires du champ de la santé.

II- Les changements dans l'environnement économique

241. Les contraintes économiques et budgétaires renforcées sont des impératifs que devra concilier l'établissement avec sa démarche GPEC. C'est donc dans un esprit d'efficacité, d'efficacité et de rigueur que la direction des ressources humaines devra mener sa politique de gestion des compétences, en lien avec la maîtrise des coûts de santé (A) et en procédant parfois aux groupements d'établissements (B).

A- La maîtrise des coûts de santé

242. L'optimisation des budgets et les contraintes financières renforcées, représentent autant d'enjeux auxquels la GPEC devra apporter des réponses cohérentes. De nos jours, rester un établissement compétitif et concurrent est devenu la préoccupation majeure, que devra intégrer la démarche GPEC.
243. En effet, la mise en œuvre de la T2A, en France en 2005³⁵⁶, pour l'activité de court séjour des hôpitaux publics³⁵⁷ et privés, vise à parfaire la transparence dans le financement des soins hospitaliers, en établissant une filiation entre le financement et la production des soins. Si elle est également perçue comme un mécanisme « équitable³⁵⁸ », son objectif premier demeure l'amélioration de l'efficacité de chaque établissement et de l'ensemble du marché. Le principe de T2A consiste en effet, à payer les établissements en fonction de leur activité mesurée par un Groupe Homogène de Malade (GHM). Ce financement à l'activité incite fatalement à augmenter l'activité hospitalière. Ainsi, l'Etat des Prévisions des Recettes et des

³⁵⁶ Loi de Financement de la Sécurité sociale pour 2004. Avant 2004, les établissements étaient financés par une Dotation Globale (Loi du 19-01-1983), avec très peu de lien avec l'activité réelle de l'hôpital.

³⁵⁷ MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique.

³⁵⁸ Z. OR, T. RENAUD, *Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital*. IRDES, DT n°23, mars 2009. La T2A est perçue comme un mécanisme équitable, car le prix demeure identique pour un même service, pour tous les fournisseurs de soin.

Dépenses (EPRD), mis en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2006, constitue dorénavant « *le dispositif comptable naturel*³⁵⁹ » des établissements.

244. Par ailleurs, la loi HPST donne une nouvelle définition aux Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), conclus par les établissements de santé et autres titulaires d'autorisation³⁶⁰. Ces contrats déclinent dorénavant les orientations dans les domaines du soin, de la prévention, du médico-social, définies préalablement dans le projet régional de santé. Le CPOM constitue ainsi une déclinaison opérationnelle du SROS et intègre notamment le Schéma régional de prévention, ou le schéma régional d'organisation médico-social (SROMS). Cette nouvelle forme de contractualisation est élargie à de nouvelles structures : réseaux de santé, pôles de santé, centres de santé, maisons de santé sous financement de l'ARS, mais également certains établissements médico-sociaux dépassant un seuil d'activité et/ou de recettes d'assurance-maladie. L'évolution du cadre réglementaire impacte donc manifestement le fonctionnement des établissements, pour lesquels l'élaboration des CPOM représente non seulement un outil de management concourant au contrôle des dépenses, mais également une opportunité de réflexion stratégique permettant d'anticiper les évolutions à venir. Afin de poursuivre les aspirations économiques du législateur, les démarches GPEC devront nécessairement intégrer cette logique de contractualisation pluriannuelle avec l'autorité de tutelle, ainsi que de tarification en lien avec la production des soins, ceci dans un souci d'efficacité et de progression de l'établissement.

245. Cette recherche d'efficacité par la maîtrise des coûts, pourra corrélativement être associée à des groupements d'établissements.

B- L'invitation aux groupements

246. Cette nouvelle préoccupation de « *faire mieux ou d'avantage avec le même niveau de ressources*³⁶¹ », est aujourd'hui à l'origine de restructurations, entraînant inéluctablement des rapprochements entre plusieurs établissements confrontés à une pénurie de ressources humaines soignantes et médicales. C'est donc dans un souci d'économie budgétaire que le

³⁵⁹ D. PELJAK, *L'Etat des Prévisions de recettes et de Dépenses (EPRD)*, Editions LEH, mars 2006.

³⁶⁰ Titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds.

³⁶¹ O. DERENNE, A. LUCAS, *op. cit.*

législateur a initié cette invitation au groupement d'établissements, afin de mutualiser leurs ressources, d'assurer l'efficacité et bien évidemment la performance de leur fonctionnement.

247. A cet égard, la loi HPST a mis en place un instrument de « *coopération fonctionnelle*³⁶² », la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT), ainsi qu'un outil de « *coopération organique*³⁶³ », le GCS établissement de santé. Une convention CHT peut ainsi être élaborée entre plusieurs établissements publics de santé, afin de mutualiser des activités et des ressources humaines, à travers des transferts de compétences notamment ou l'usage de la télémedecine. Parallèlement, les GCS demeurent un mode de coopération entre établissements publics et privés. Ainsi le GCS de moyen se distingue dorénavant du GCS établissement de santé, titulaire d'une ou plusieurs autorisations et favorisant l'intervention de plusieurs professionnels de santé, soumis à des statuts pourtant différents, au sein du même organisme. Par ailleurs, le regroupement des établissements s'inscrit dans une logique de planification hospitalière, et d'instauration de schéma régionaux, interrégionaux, et nationaux de l'organisation sanitaire, participant ainsi à une véritable rationalisation de l'offre de soins.

248. Les vœux du législateur de combiner la maîtrise des dépenses et l'amélioration de la qualité de prise en charge, ont conduit les structures à modifier leur positionnement et à procéder à des opérations de rapprochement par fusion notamment, spécialisation ou de manière plus globale, par coopération. Qu'il s'opère entre structures sanitaires, médico-sociales, ou entre structures sanitaires et médico-sociales³⁶⁴, ce rapprochement ne doit pas être analysé comme une « *suppression des identités initiales des structures*³⁶⁵ ». Au contraire, les modes coopératifs représentent des moyens de réponse aux enjeux communs d'économie et de performance, dans un contexte de raréfaction des ressources humaines où les démarches GPEC doivent être élaborées.

³⁶² Une coopération est dite « *fonctionnelle* », lorsqu'elle est sans personnalité morale.

³⁶³ Une coopération est « *organique* », lorsqu'elle dispose d'une personnalité morale.

³⁶⁴ Le déclouonnement des secteurs sanitaires et médico-social mis en œuvre par la loi HPST, a pour objectif de « *développer des filières de soins en aval et en amont du soin* ». Ce déclouonnement peut prendre la forme de convention de coopération entre établissements de santé et médico-social, de développement de la télémedecine, ou bien de liens entre les acteurs du secteur libéral, médico-social ou social.

³⁶⁵ A. ARNAUD, H. LEHERICEY, M. TASSERY, *Guide méthodologique des coopérations territoriales*. ANAP.

249. Si l'établissement de santé évolue au cœur des changements législatifs et économiques, il subit également les influences des évolutions de la société, confrontée à de nouveaux métiers et à des usagers « *acteurs* » ou « *consommateurs avisés* » du système de santé.

§2- Les changements dans l'environnement sociétal

250. Si pour accompagner le changement, l'établissement doit ajuster son pilotage au gré des réformes et des contraintes budgétaires, il doit également considérer l'évolution, voire la transformation de certains métiers, nécessitant d'être repensés, ou réorganisés. Le rapport usager-professionnel de santé devra également faire l'objet d'une attention particulière de la part de la direction de l'établissement, manifestement tenue de prendre en considération les souhaits de ces consommateurs avisés dans la gestion de l'établissement. Nous constaterons ainsi, à quel point l'évolution des métiers (I) et l'évolution des attentes de usagers (II), impactent le contenu d'une démarche GPEC.

I- L'évolution des métiers de la santé

251. La volonté de mettre en œuvre une coopération entre professionnels de santé, est née de plusieurs années de réflexion et d'études relatives à l'évolution des métiers de la santé. Quelques considérations sociodémographiques, permettent ainsi d'affirmer que les métiers de la santé subissent l'influence des chocs démographiques, ainsi que de l'explosion des nouvelles technologies. Pour conduire une démarche GPEC, l'établissement devra donc anticiper cette évolution des métiers à travers l'analyse de l'impact des évolutions démographiques (A) et des nouvelles technologies (B) sur les métiers de la santé.

A- *L'impact des évolutions démographiques sur les métiers de la santé*

252. Le vieillissement naturel de la population associé aux évolutions technologiques continues de la médecine, sont à l'origine de l'apparition de nouveaux métiers dits « *émergents*³⁶⁶ », favorisant la recherche de nouveaux profils d'experts ou de gestionnaires.

³⁶⁶ O. DERENNE ET A. LUCAS, distinguent les métiers « *sensibles* », « *critiques* », « *de proximité* », « *émergents* », et les « *aires de mobilité* ».

D'ici 2015, le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans devrait atteindre les 2 millions, impactant de ce fait le risque d'entrée en état de dépendance. Cette croissance, principalement justifiée par le vieillissement des « *baby-boomers* », sera à l'origine de la création de 400 000 emplois dans ce secteur. Selon l'INSEE, la population des personnes ayant atteint le grand-âge progressera ainsi de 28% entre 2005 et 2050.

253. Le vieillissement de la population, ainsi que le développement des maladies neuro-dégénératives tels qu'Alzheimer ou Parkinson, induira nécessairement des prises en charge globales, notamment sociales et psychologiques, et conduira ainsi à l'apparition de nouveaux métiers. Ainsi, « *les maisons de retraite vont être obligées de créer des emplois liés à la dépendance et à l'animation. Les postes de coach pour quatrième âge vont se développer. On va également voir apparaître de plus en plus d'ergothérapeutes, de psychologues et de médecins coordinateurs* ³⁶⁷ ». Ce phénomène a déjà suscité la création de nouveaux métiers tels qu'assistant de vie social (AVS) ou assistant de soins en gériatrie (ASG). Ainsi que le rappelle Madame Nora BERRA³⁶⁸, ces métiers « *constituent un véritable gisement d'emplois. Nos aînés sont désormais un moteur de croissance économique. De plus, changer le regard sur ces métiers, c'est changer le regard sur les personnes âgées* ³⁶⁹ ».

254. Afin de combler ces nouveaux besoins, un rapport relatif aux « *nouveaux métiers de la santé* ³⁷⁰ » a été remis au ministre du travail et de l'enseignement supérieur le 2 février 2011, en vue de créer de nouveaux métiers de la santé dits « *intermédiaires* ³⁷¹ » entre médecins et paramédicaux. Le rapport propose de mettre en place, prioritairement, une politique modernisée des ressources humaines, en imposant, d'une part, la démarche métier³⁷², et

³⁶⁷ Propos tenus par Monsieur Joël RIOU, directeur du salon des métiers du grand âge et de la revue « *Géroskopie* ».

³⁶⁸ Nora BERRA a été nommée Secrétaire d'Etat chargée des aînés, puis de la santé du 14 nov. 2010 au 10 mai 2012.

³⁶⁹ Communiqué de presse, Formation, Recrutement, Accompagnement - Salon des métiers du grand âge, mars 2010.

³⁷⁰ L. HENART, Y. BERLAN, D. CADET, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire – Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*. Janv. 2011.

³⁷¹ Selon le rapport, les nouvelles professions créées bénéficieront d'une formation intermédiaire (Master - Bac +5), entre les auxiliaires médicaux de formation de type Licence (Bac+3) et les prescripteurs de formation de type Doctorat (Bac +8 minimum). L'activité de ces nouveaux métiers portera sur le diagnostic, la consultation et la prescription.

³⁷² La démarche métier consiste à sortir de la logique actuelle qui veut que le diplôme autorise seul l'exercice de la profession. Le rapport propose de substituer à la filiation diplôme→métier, la

d'autre part, en confortant et développant les métiers socles³⁷³. L'axe majeur du rapport réside dans la création de professions de santé de niveau intermédiaire, nécessitant un encadrement du champ des nouveaux métiers ainsi qu'une valorisation des parcours professionnels.

255. Le vieillissement de la population combiné au fort taux de départs à la retraite des professionnels de santé depuis 2008, impactent également, très largement certains métiers de la santé confrontés à une pénurie de main d'œuvre soignante ou médicale. Cette tendance devrait d'ailleurs rester inchangée jusqu'en 2020-2025. Si les effectifs des pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes devraient continuer leur progression jusqu'en 2017, en revanche un certain nombre de métiers, médicaux et soignants tels que chirurgiens-dentistes sont en régression depuis 2005³⁷⁴, ce qui induit la mise en œuvre d'une gestion prévisionnelle des ressources humaines, plus axée sur une gestion qualitative des ressources humaines. Afin de renforcer l'attractivité des métiers de la santé, une campagne nationale de valorisation des métiers de la santé a d'ailleurs été initiée par le ministère du travail, de l'emploi et de la santé, du 12 au 31 mars 2012. Une telle campagne de promotion a pour visée de mettre en exergue les multiplicités et l'intérêt des métiers de la santé, les facilités de formation offertes par le secteur, l'attractivité des conditions d'exercice, mais aussi l'émergence de nouvelles technologies au service de la médecine. Le message de cette campagne nationale semble donc très explicite : le secteur sanitaire et médico-social a besoin de personnel soignant et médical. *« D'ici 2015, ce secteur qui représente 6.58% de la population active va donc très fortement recruter³⁷⁵ ».*

256. Les évolutions démographiques impactent manifestement l'évolution des métiers de la santé, et par là même, la démarche GPEC. Il en va de même s'agissant des évolutions technologiques.

connexion suivante : besoins→activités→compétences→métier→formation→diplôme. Dorénavant, la réflexion s'engageant autour du diplôme doit être envisagée à partir de la définition des besoins.

³⁷³ Les métiers socles font référence aux métiers existants aujourd'hui, et auxquels sont attachés un diplôme ou un certificat. La mission propose de faire le point sur ces métiers existants, et de les faire évoluer en fonction des nouveaux besoins en santé.

³⁷⁴ Campagne nationale de valorisation des métiers de la santé, dossier de presse, 2 mars 2012. *« La santé c'est 200 métiers et autant de façon de voir son avenir ».*

³⁷⁵ Campagne nationale de valorisation des métiers de la santé, dossier de presse, *op.cit.*

B- L'impact des évolutions technologiques sur les métiers de la santé

257. Si l'on envisage les métiers de la santé à l'horizon 2025³⁷⁶, nous sommes en mesure de dire que l'explosion des nouvelles technologies induira fatalement l'émergence de nouvelles compétences et conduira à une simplification des technologies et notamment à la robotisation de la chirurgie. Les nouvelles technologies telles que l'imagerie médicale, la robotique ou l'architecture des systèmes d'information hospitaliers conduiront à la « *simplification des gestes techniques diagnostiques et thérapeutiques*³⁷⁷ » et permettront de ce fait à des professionnels non chirurgiens, d'effectuer des interventions sur le corps du patient, en partie voir en totalité. Une assistante infirmière pourrait par exemple participer à l'intervention en utilisant un télémanipulateur. Ainsi que l'affirme Monsieur le professeur Guy VALLENCIEN³⁷⁸, dans l'avenir, le rôle du médecin devrait radicalement changer. En effet, s'il demeure la pièce centrale du puzzle, le médecin devrait être entouré d'un certain nombre de personnels, assistants médical ou ingénieurs opérateur, titulaires de leur propre responsabilité et participant à l'acte opératoire. Paradoxalement, le rôle du médecin sera minimal, mais également tout à fait fondamental, car ce dernier « *aura seul le droit de déroger aux règles communes, édictées pour assurer les bonnes pratiques professionnelles, car parfois, un malade, personnellement, socialement, religieusement, culturellement, professionnellement, ne peut pas rentrer dans la règle commune*³⁷⁹ ». Dans un avenir proche, le médecin aura donc « *un rôle personnel, de porter le malade hors des règles*³⁸⁰ ».

258. En outre, de nouveaux métiers en lien avec les systèmes d'informations voient progressivement le jour : ingénieur en informatique décisionnelle de la santé, ingénieur clinique, ingénieur en systèmes embarqués et télésanté³⁸¹, manager data santé³⁸² sont

³⁷⁶ Colloque prospective santé 2025 – Vers une vision partagée des innovations santé à l'horizon 2025, 18 nov. 2010.

³⁷⁷ G. VALLANCIEN, *Colloque prospective santé 2025*. www.santé-2025.org/.

³⁷⁸ Guy VALLANCIEN, Professeur d'urologie à l'université René Descartes Paris 5, Président de l'Ecole européenne de chirurgie. Le professeur VALLANCIEN est intervenu à l'occasion du « Colloque prospective santé 2025 » à propos des « nouvelles relations entre acteurs pour l'efficience du système de santé ».

³⁷⁹ G. VALLANCIEN, *op.cit.*

³⁸⁰ G. VALLANCIEN, *op.cit.*

³⁸¹ Un ingénieur en systèmes embarqués et télésanté crée des systèmes qui permettent un suivi médical des malades et les soins à distance.

³⁸² Le Data Management est l'activité de la recherche clinique qui contribue à assurer la documentation et la qualité de la base de données clinique dans laquelle seront reportées les informations recueillies au cours des essais thérapeutiques.

aujourd'hui formés et sont indispensables au fonctionnement de l'établissement³⁸³. A titre d'exemple, l'Institut supérieur de la santé et des bioproduits d'Angers (ISSBA)³⁸⁴, propose aujourd'hui un master ainsi qu'un Diplôme Universitaire (DU) « *Management et sécurité des SI de santé* ». L'institut télécom de Montpellier³⁸⁵ a également créé une « *formation ingénieur et master Technologie de l'Information et de la Communication (TIC) et santé* ». La télémédecine, définie par la loi HPST³⁸⁶, est l'illustration parfaite du développement de ces nouvelles technologies. Selon l'art. L.6316-1 du Code de santé publique. « *La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients* ». La téléconsultation, la télé expertise, la télésurveillance médicale ainsi que la téléassistance médicale, constituent ainsi des actes de télémédecine. Si certains considèrent la télémédecine comme « *une fausse bonne idée*³⁸⁷ » source de « *déshumanisation*³⁸⁸ », d'autres estiment qu'elle est « *comme presque déjà dépassée*³⁸⁹ », suppléée progressivement par la e-santé. Cette dernière permettrait en effet, de basculer d'une « *vision verticale* » à une « *organisation plus horizontale* » intégrant « *l'intelligence collective, générée par le potentiel d'interactivité du web 2-0*³⁹⁰ ». Le colloque

³⁸³ Voir l'article de Valérie FROGER, journaliste économique et spécialiste de la création d'entreprise. *Connaissez-vous les nouveaux métiers de la santé ?*

http://www.lexpress.fr/emploi-carriere/connaissiez-vous-les-nouveaux-metiers-de-la-sante_901260.html.

³⁸⁴ <http://www.issba.fr/>.

³⁸⁵ <http://www.telecom-montpellier.fr/>.

³⁸⁶ Loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009, art. 78.

³⁸⁷ D. DUPAGNE, *Télémédecine, grrr ! - La téléconsultation est une fausse bonne idée*. <http://www.atoute.org/n/article166.html>. Dominique DUPAGNE est médecin généraliste, consultant permanent auprès la société VIDAL en tant qu'expert en NTIC Santé.

³⁸⁸ Selon D. DUPAGNE, « *la médecine se meurt de déshumanisation* ». Ainsi, « *l'hôpital est devenu une machine à broyer les êtres* ».

³⁸⁹ A. CLERGEOT, *La télémédecine et les nostalgies de la médecine à l'ancienne...*, La santé dans la cité, 28 oct. 2010. Alain CLERGEOT est docteur en médecine, il est créateur et Président de Chugai Pharma France. Il est également Vice-président et co-fondateur du Leem Biotech, membre du Comité d'Evaluation de Paris-Biotech et membre du Comité éthique, économique et social du nouveau Haut Conseil des biotechnologies.

³⁹⁰ A. CLERGEOT, *op.cit.*

singulier visé par Hippocrate laisse ainsi place à un colloque « *pluriel* », induisant une intervention pluridisciplinaire lors de la prise en charge du patient.

259. Si la démarche GPEC doit anticiper l'évolution des métiers de la santé, elle doit également répondre aux attentes des usagers.

II- L'évolution des publics et des attentes des usagers

260. La démarche GPEC mise en œuvre par l'établissement de santé, devra également tenir compte des bouleversements actuels, existants dans les rapports entre professionnels de santé et usagers³⁹¹. Véritable « *consommateur avertis*³⁹² », ces derniers ont de plus en plus d'exigences, en ce qui concerne la qualité et leurs conditions de prise en charge, et sont devenus des acteurs actifs, s'impliquant d'avantage, en qualité de patients-usagers, dans le fonctionnement de l'établissement. Aujourd'hui, la notion d'utilisateur s'est étoffée. La loi du 31 juillet 1991³⁹³ a d'abord prévu leur présence au sein des comités régionaux de l'organisation sanitaire. Par la suite, l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation³⁹⁴ a organisé leur représentation au sein des conseils d'administration des établissements publics de santé. La loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades³⁹⁵ a véritablement collaborée à l'élargissement de la notion, en formulant la représentation des usagers au sein des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des risques médicaux (CRCI), avant que la loi du 9 août 2004³⁹⁶ n'organise leur représentation au sein des comités de protection des personnes (CPP).

³⁹¹ A l'origine, la notion d'utilisateur était réservée aux usagers du service public. Le dictionnaire Larousse le définit comme « *la personne qui utilise un service, en particulier un service public* ».

³⁹² P-L. BRAS, P. GOHET, A. LOPEZ, *Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé*, IGAS, RM2010-090P, juil. 2010. L. JOVIC, N. LARIBIÈRE, *Nouveaux besoins en santé et évolution des compétences professionnelles*, SOINS, n°735, mai 2009. D. GHADI, M. NAIDITCH, *L'information de l'utilisateur/consommateur sur la performance du système de soins*. DREES, Document de travail n°13, juin 2001. P-L. REMY, A. LOPEZ, *Mesure de la satisfaction des usagers en établissement de santé*, IGAS, RM2007-045P, mars 2007.

³⁹³ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

³⁹⁴ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF n°98 du 25 avril 1996 page 6324.

³⁹⁵ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

³⁹⁶ LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JORF n°185 du 11 août 2004 page 14277.

261. Si l'établissement doit intégrer les salariés, les représentants du personnels, ou les syndicats à sa démarche, l'usager devra également faire partie de ces acteurs dont il faudra tenir compte, afin d'élaborer une politique prévisionnelle de l'emploi dans l'établissement. Qu'ils soient qualifiés d'usagers « *clients*³⁹⁷ », symbole du consumérisme médical et modifiant les rapports entre médecins et usagers, ou bien encore d'usagers « *citoyens*³⁹⁸ » participant individuellement à la décision médicale ou collectivement par le biais d'association de défense des droits de malades, ou enfin d'usagers « *partenaires*³⁹⁹ » des pouvoirs publics notamment, participant aux réflexions sur les politiques de santé, ces derniers ont des attentes très particulières vis-à-vis de l'établissement et de ses professionnels. Les usagers ne sont plus de simples consommateurs du système de santé, mais ils en sont devenus des acteurs. En effet, dans un cadre législatif imposant d'avantage de complémentarité, de coopération et d'optimisation des ressources, les usagers sont en attente de concertation pluridisciplinaire, de coordination autour du patient, d'une prise en charge globale incluant projet de soin et projet social, et surtout d'une transparence dans l'information. Autant d'attentes nécessitant une politique de GRH adaptée, axée sur des formations, des organisations et coopérations entre professionnels, permettant de répondre aux exigences de satisfaction.
262. L'impératif GPEC semble s'imposer à l'établissement de santé, confronté aux mutations profondes du champ de la santé. Source de pérennisation pour l'établissement, cette démarche apparaît également comme un moyen de sécurisation des parcours professionnels, favorable aux ressources humaines.

Conclusion Section 1

263. La mise en œuvre d'une démarche GPEC trouve donc un intérêt particulier pour l'établissement de santé, confronté à un contexte normatif, économique et sociétal en pleine

³⁹⁷ J. P. BASTARD, *L'hôpital et des représentants des usagers*, <http://www.parhtage.sante.fr>. J.P. BASTARD est secrétaire général de l'UHSE (Union Hospitalière du Sud-Ouest). *Les usagers, partenaires et solidaires – Entretien avec Claude EVIN, président de la FHF*, La lettre d'information du l'UHSE, n°25, juin 2005. www.uhse.asso.fr.

³⁹⁸ J. P. BASTARD, *op.cit.* N. LEVRAY, *L'usager citoyen au centre de l'action sociale*, La Gazette Santé Sociale, n°73, avril 2011.

³⁹⁹ J. P. BASTARD, *op.cit.*

mutation, lui imposant d'anticiper les difficultés en se projetant au besoin dans l'avenir. Confronté aux dispositions issues du Code du travail et du Code de santé publique, le DRH devra être à même de manier les deux réglementations, afin de coupler développement des compétences et gestion efficiente des ressources humaines. La transformation des métiers de la santé, principalement due aux évolutions démographiques et technologiques, imposera également que soit repensés certains métiers, et notamment le rôle du médecin, ou que soit créés des métiers dits intermédiaires. En définitive, l'émergence de nouvelles technologies sera à l'origine de l'apparition de nouvelles compétences et d'une simplification des gestes induisant la participation à l'acte opératoire de personnel non médical, que devra anticiper l'établissement.

Section 2- Une démarche d'anticipation au cœur du changement pour les ressources humaines

264. La gestion des compétences s'inscrit dans une logique de consensus, réunissant tant les objectifs de l'établissement que ceux des ressources humaines. Ainsi, la flexicurité répond aux aspirations de l'établissement en matière de flexibilité de main d'œuvre, mais également aux attentes de sécurité de l'emploi des salariés, à travers notamment, l'individualisation⁴⁰⁰ des parcours de formation. La démarche GPEC conduite par l'établissement devra donc s'adapter aux changements d'attitude de ces « *nouveaux salariés* », acteurs actifs de leur trajectoire professionnelle. En effet, selon Monsieur Jacques IGALENS, la GPEC suppose « *l'appropriation de ses résultats par les salariés* ». Cette nouvelle responsabilisation du salarié, parfois qualifiée d'« *engagement* », d'« *implication* » ou de « *responsabilisation partagée* » consacre un nouveau rapport établissement-professionnel. Le contrat de travail, fondé sur la notion de subordination juridique évolue progressivement et se mue en une nouvelle relation salariale fondée sur la « *co-responsabilité* ». Si la GPEC représente un enjeu fondamental en termes d'employabilité et de sécurisation des parcours professionnels, elle représente également un enjeu décisif pour la politique de GRH menée par l'établissement. Pour maintenir sa compétitivité l'établissement doit être en mesure de mener une politique axée sur quatre mots d'ordres : des ressources humaines « *disponibles* », « *mobilisées* »,

⁴⁰⁰ La diversité en termes de qualification, d'âge, d'origine culturelle et géographique de ces professionnels, ordonne une individualisation de la politique de gestion des RH.

« efficaces » et « adaptables ». Cette analyse nous permettra d'en conclure que pour mener à bien une démarche GPEC en établissement de santé, il convient d'« anticiper les évolutions », « faire face aux besoins », et de « prendre en compte les aptitudes et aspirations individuelles ». A travers cette seconde section, nous constaterons donc que la démarche d'anticipation est nécessaire pour les ressources humaines (§1), mais également pour la politique de GRH (§2).

§1- Une démarche d'anticipation nécessaire pour les ressources humaines

265. Le développement des compétences des salariés, maîtres de leur trajectoire professionnelle, constitue un véritable enjeu que ne pourra ignorer la direction des ressources humaines. En effet, « dans l'idée de compétence, il y a une idée supplémentaire par rapport à celle de qualification. C'est l'idée de responsabilisation du salarié à l'égard du résultat⁴⁰¹ ». Cette responsabilisation du salarié, acteur de la démarche, sera d'ailleurs porteur de conséquences d'un point de vue juridique, en matière de droit de la formation professionnelle, et en matière de contrat de travail. Nous envisagerons donc, la responsabilisation du professionnel, acteur de la démarche (I), ainsi que la portée juridique de cette responsabilisation (II).

I- La responsabilisation du professionnel, acteur de la démarche

266. Si l'établissement est souvent perçu comme la pièce motrice de la GPEC, une telle démarche représente également une formidable opportunité pour les professionnels, devenus des « acteurs » moteurs du dispositif. En effet, que ce soit en termes de « développement professionnel », de « sécurisation et d'employabilité », « d'information », de « reconnaissance » ou « d'utilisation de ses droits⁴⁰² », le professionnel est amené à constater les multiples enjeux de cette démarche, concourant à « l'épanouissement des talents⁴⁰³ ». L'enjeu de la GPEC ne réside donc pas simplement dans le fait de se projeter dans le futur,

⁴⁰¹ J-D. REYNAUD, *Le management par les compétences : un essai d'analyse*, Sociologie du travail, 2001, n°43.

⁴⁰² F. CHAPPERT, N. MARTINET, *Gestion Prévisionnelle des Emplois et des compétences (GPEC), Que nous disent les accords signés ? Analyse de 55 accords d'entreprises et de groupes*. ANACT, département Compétence, Travail, Emplois, nov. 2008. www.anact.fr.

⁴⁰³ A. COUGARD, V. MALAPRADE, sous la Direction de J-M. PERETTI, *Tous talentueux*, Ed. Eyrolles, 2003.

mais plutôt dans la capacité des professionnels à développer une confiance individuelle permettant de bien aborder et conduire les évolutions ou les ruptures⁴⁰⁴.

267. La démarche GPEC va ainsi permettre au professionnel, de développer des trajectoires individuelles, en proposant des parcours professionnels valorisants. Le salarié pourra donc être à même d'analyser les changements et évolutions qui impactent la filière sanitaire ou médico-sociale, ainsi que ses métiers. A partir de ce constat, il pourra établir un projet professionnel propre, ainsi qu'un parcours professionnel individualisé, lui permettant éventuellement, de saisir des opportunités de mobilité positive. Une telle démarche offre également des garanties au professionnel salarié, en termes d'employabilité et de sécurisation des trajectoires professionnelles. L'employabilité constitue en effet, « *un mode de gestion susceptible de faire évoluer les compétences des salariés, et ainsi de leur assurer une attractivité permanente sur le marché du travail*⁴⁰⁵ ». En définitive, une démarche GPEC doit offrir au professionnel un accompagnement dans le développement de ses compétences, lui permettant ainsi d'obtenir une visibilité des métiers à court et moyen terme. La démarche peut également avoir pour vocation de valoriser la reconnaissance des différents âges de la vie professionnelle, et de faciliter l'utilisation d'outils juridiques tels que le droit individuel à la formation.

268. La démarche initiée par l'établissement de santé vient donc s'inscrire dans une « *logique compétence*⁴⁰⁶ », marquant l'émergence d'un véritable « *droit à la compétence professionnelle*⁴⁰⁷ », du salarié, acteur de l'évolution de son savoir-faire dans l'établissement. Tout l'enjeu pour l'établissement, réside donc dans sa capacité à valoriser la compétence des individus, afin qu'ils deviennent les protagonistes avisés de leur parcours professionnels⁴⁰⁸. Ce phénomène d'« *individualisation de la relation de travail*⁴⁰⁹ », marque une « *évolution du*

⁴⁰⁴ A. COUGARD, V. MALAPRADE, *op.cit.*

⁴⁰⁵ B. GAZIER, *L'employabilité*, Encyclopédie des ressources humaines, J. ALLOUCHE (coord.), Vuibert, p.418-427. M-Y. CHASSARD, A. BOSCO, *L'émergence du concept d'employabilité*, Dr. soc. 1998, p. 903.

⁴⁰⁶ N. MOIZARD, *Le salarié acteur de l'évolution de sa compétence dans l'entreprise*, Dr. soc. n° - juin 2008, p. 695.

⁴⁰⁷ J-P. WILLEMS, *De la professionnalisation au droit de la compétence*, Dr. soc. 2004, 509. F. FAVENNEC-HERY, *Du droit du licenciement économique au droit de l'employabilité du salarié*, SSL 22 janv. 2007, n° 1291, p. 3. F. GAUDU, *Les notions d'emploi en droit*, Dr. soc. 1996, p. 569.

⁴⁰⁸ N. MAGGI-GERMAIN, *Formation professionnelle continue et sécurisation des parcours professionnels*, SSL 2008, suppl. n°1348.

⁴⁰⁹ P. ADAM, *L'individualisation du droit du travail. Essai sur la réhabilitation juridique du salarié-individu*, LGDJ, T. 39, 2005, n°434.

*rapport salarial*⁴¹⁰ », et se traduit même parfois un « *report partiel des attributs patronaux sur le salarié*⁴¹¹ ». Professionnel salarié et établissement ont aujourd'hui de nouveaux « *engagements réciproques*⁴¹² », opposant « *l'employabilité à la performance* ». Certains voient dans cette employabilité du salarié « *bâtisseur de son projet professionnel*⁴¹³ », une « *responsabilisation individuelle face au chômage*⁴¹⁴ ». L'article 6§3 de l'Accord National Interprofessionnel du 23 janvier 2008, met d'ailleurs en exergue ces nouveaux salariés, acteurs de leur parcours professionnel, en précisant que pour permettre à ces derniers « *d'être acteurs de leur déroulement de carrière et favoriser leur engagement dans le développement de leurs compétences et de leur qualification, il convient qu'ils puissent disposer d'outils susceptibles de les aider dans la construction de leurs parcours professionnel* ». Le salarié bénéficie donc d'outils juridiques lui permettant de rester maître de son employabilité, parmi lesquels on distingue l'entretien d'évaluation, ou bien encore la mobilité professionnelle. Beaucoup d'accord GPEC considèrent d'ailleurs cette mobilité comme un « *acte de responsabilité normal et partagé qui s'impose tant à l'entreprise qui se doit de rechercher des solutions, qu'aux salariés qui souhaitent poursuivre leur carrière au sein de l'entreprise*⁴¹⁵ ». Le professionnel protagoniste de la démarche GPEC, est donc tenu de se former et de prendre en main sa carrière professionnelle. Même si l'établissement est présent pour l'accompagner, ce dernier demeure responsable de son évolution professionnelle⁴¹⁶.

⁴¹⁰ F. MEYER, C. SACHS-DURAND, *L'évolution du rapport salarial* in Le droit collectif du travail, Etudes en hommage à Mme le professeur H. SINAY, éd. Peter Lang 1994, p 369.

⁴¹¹ F. MEYER, C. SACHS-DURAND, *op. cit.*

⁴¹² L. TANGUY, *De l'évaluation des postes de travail à celle des qualités des travailleurs. Définitions et usages de la notion de compétence*, in Le travail en perspectives, sous la dir. de A. SUPLOT, LGDJ, collect. Dr. et société, n°22, 1998, p. 545. M. TALLARD, *L'introduction de la notion de compétence dans les grilles de classification : genèse et évolution*, Sociétés contemporaines, 2001, n° 41-42, p. 159. P. ROZENBLATT, *Travail et apories du pouvoir patronal. Un regard sociologique*, SSL suppl. 11 fév. 2008, n°1340, p.7.

⁴¹³ Accord du groupe SFR du 16 oct. 2006, *Anticipation, développement des compétences et progressions professionnelles*. www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/194325.PDF.

⁴¹⁴ C. LAVIALLE, *Concilier flexibilité et sécurité : inscription théorique et enjeux sociétaux*, <http://www.univ-orleans.fr/leo/teos/jdl.html>.

⁴¹⁵ Accord Air France Triennal de GPE Personnel Sol 2006-2009 du 21 juil. 2006, www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/3416412/6724375.PDF.

⁴¹⁶ Propos tenus par Sabine DE CHABANNES, DRH de la société AXA France, lors du colloque Centre d'analyse stratégique, Conseil d'orientation pour l'emploi, Les mobilités professionnelles, une réponse aux tensions du marché, 26 juin 2006. « *Formez-vous avec le DIF, prenez-vous en main. Nous sommes là pour vous accompagner mais vous êtes responsable de votre évolution professionnelle* ». <http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/ActesMobilitésProfessionnelles29juin2006-2.pdf>.

269. Cette responsabilisation du professionnel aura certainement des conséquences juridiques en termes de droit à la formation et de modification du contrat de travail, qu'il est opportun d'analyser.

II- La portée juridique de cette responsabilisation

270. La responsabilisation du salarié, acteur de la démarche GPEC, et décideur quant au déroulement de son parcours professionnel, a des incidences juridiques non négligeables, s'agissant des conditions de déroulement de la formation professionnelle, et s'agissant des conditions d'exécution du contrat de travail. Nous envisagerons donc la portée juridique de cette responsabilisation en matière de droit à la formation (A), et en matière de contrat de travail (B).

A- En matière de droit à la formation

271. Si la démarche GPEC représente un enjeu fondamental pour le professionnel salarié, acteur actif de sa trajectoire professionnelle, il convient de s'interroger quant à la portée d'une telle responsabilisation, notamment en matière de formation. En effet, si le salarié est responsable de son parcours professionnel, a-t-il l'obligation de prendre en charge tout ou partie des coûts liés à la formation professionnelle ? La responsabilisation du salarié, dans un climat d'individualisation de la relation de travail, peut-elle conduire à un « *transfert de tout ou partie d'une charge, telle qu'une formation, de l'employeur vers le salarié*⁴¹⁷ ? ». Les dispositions du Code du travail, orientent visiblement les débats vers la notion d'investissement partagé. En effet, le Code du travail prévoit que le salarié doit prendre l'initiative de sa demande de DIF, ou de formation lui permettant de progresser d'au moins un niveau au cours de sa vie professionnelle⁴¹⁸. Par ailleurs, il autorise que les actions de formation ayant pour objet le développement des compétences se déroule hors temps de travail⁴¹⁹, alors même que les actions de formation visant à adapter les salariés à leur poste doivent se dérouler sur du temps de travail effectif. Si le professionnel est l'auteur responsable de son parcours professionnel, alors, peut-être faut-il considérer que cette responsabilité

⁴¹⁷ P. ADAM, *op.cit.*

⁴¹⁸ Art. L.6314-1 c. travail.

⁴¹⁹ Art. L.6321-6 c. travail.

partagée doit conduire à un « co-investissement », répondant « à un impératif d'équilibre entre les concessions mutuelles⁴²⁰ ».

272. Il convient également de s'interroger quant au refus ou au défaut d'initiative du salarié en matière de formation professionnelle. Existe-t-il une obligation du salarié relative à la formation professionnelle, similaire à l'obligation de santé et sécurité des travailleurs⁴²¹ ? Au regard des textes et de la jurisprudence, il n'existe pas à proprement parler, d'obligation du salarié de développer ses compétences et son employabilité. En revanche, ce dernier a le devoir d'accepter des formations qui l'adaptent à son poste de travail. Le refus ou le défaut d'initiative du salarié pourrait également conduire l'employeur à prononcer à son égard, un licenciement pour insuffisance professionnelle. L'employeur de son côté, n'est pas tenu d'accorder des formations qui participent au développement des compétences, ni même d'assurer la formation initiale du salarié. En revanche, il a pour devoir de gérer de manière anticipée les compétences des salariés.

273. Pour conclure, une question subsiste quant à la transférabilité des compétences du salarié. Une compétence peut-elle faire l'objet d'un transfert à l'occasion d'un transfert d'entreprise, ou bien dans le cadre de la sécurisation des parcours professionnels ? A priori, la réponse est négative, car une compétence est par nature « un état évolutif et précaire⁴²² » que l'on ne peut mesurer que dans le cadre de l'exécution du contrat de travail. Cependant, conformément à l'Accord National Interprofessionnel du 23 janvier 2008, s'agissant de la VAE, du passeport formation, ou pourquoi pas du bilan de compétence, la « formalisation des acquis en matière de compétences et de qualifications, (...) doit contribuer à favoriser l'évolution professionnelle des salariés⁴²³ ». De tels outils de mesure de compétences pourraient ainsi être valorisés à l'occasion d'un transfert d'entreprise.

274. Si la responsabilisation du salarié est source de nombreux questionnements quant à la mise en œuvre du droit à la formation, un certain nombre de problématiques restent également à éclaircir, quant aux conditions d'exécution du contrat de travail.

⁴²⁰ G. VACHET, *La fonction organisationnelle de la convention collective*, Mélanges J. PELISSIER, Dalloz 2004, p.559.

⁴²¹ Art. L. 4122-1 c. travail. J. SAVATIER, R. VATINET, *En marge des affaires de l'amiante : l'obligation de sécurité du salarié*, Dr. soc. 2002, p. 539.

⁴²² N. MOIZARD, *op. cit.*

⁴²³ ANI du 23 janv. 2008, art. 7§3.

B- En matière de contrat de travail

275. Depuis la loi du 16 juillet 1971⁴²⁴, le départ en formation du salarié s'inscrit dans le cadre du contrat de travail, articulé autour du lien de subordination juridique. Le droit à la formation apparaît ainsi comme étant un droit individuel et contractuel.
276. En effet, en vertu de l'article L.6321-8 du Code du travail, lorsque le développement des compétences se déroule hors temps de travail, établissement et salariés définissent avant le départ en formation, la nature des engagements, dès lors que l'intéressé aura suivi avec assiduité la formation et satisfait aux évaluations prévues. Les éléments du contrat de travail, tels que le lieu, la rémunération ou la qualification peuvent ainsi subir des modifications du fait de la formation. Il est donc important de consigner les engagements réciproques des parties avant le départ en formation. Cependant, il convient de garder à l'esprit que l'accord du salarié antérieurement à son départ ne suppose nullement toute acceptation des modifications résultantes de la formation obtenue. Ainsi, la jurisprudence considère que la qualification constitue un élément essentiel du contrat qui ne peut être modifiée sans l'accord du salarié formé⁴²⁵. L'employeur ne peut donc modifier les tâches des salariés, que dès lors que celles-ci correspondent à leur qualification⁴²⁶.
277. La mise en œuvre d'une démarche GPEC pourra donc impacter un certain nombre d'éléments essentiels du contrat de travail, tels que le lieu ou la rémunération. Dans ce cadre, il convient de se demander si la GPEC constitue un « *motif imposé* » de modification du contrat de travail. En effet, une partie de la doctrine considère que la GPEC pourrait être à l'origine d'un « *forçage*⁴²⁷ » ou d'un dépassement du contrat. Accepter une formation conduirait à accepter toutes les conséquences qui pourraient en résulter. Dans le cadre de ce co-investissement ou de cette réciprocité, le salarié devrait accepter les modifications de son contrat de travail, en contrepartie de l'effort produit par l'employeur pour maintenir l'emploi. Une demande de mobilité, initiée par l'établissement dans le cadre d'une GPEC, « *serait une*

⁴²⁴ La loi DELORS n° 71-575 du 16 juillet 1971, portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente est issue de l'ANI du 9 juillet 1970.

⁴²⁵ M-J. GOMEZ-MUSTEL, *Les enjeux de l'obligation d'adaptation*, Dr. soc. 2004 p. 499. P-H. ANTONMATTEI, *Les clauses du contrat de travail*, éd. Liaisons, coll. Droit vivant, 2005, p. 28. A. LYON-CAEN, *Le droit des classifications*, Travail et emploi 1998, p. 21. cass. soc. 10 mai 1999, Bull. V, n° 199, Dr. soc. 1999, p. 736. Cass. soc. 2 oct. 2002, RJS 2002, n°1351. cass. soc. 8 mars 2006, n°05-43.335.

⁴²⁶ Cass. soc. 10 mai 1999, préc.

⁴²⁷ N. MOIZARD, *op. cit.*

*obligation qui relèverait du statut collectif et non du consentement du salarié dans le contrat de travail*⁴²⁸ ». Monsieur G. VACHET propose ainsi de raisonner par rapport à l'origine de la modification, et non par rapport à l'élément modifié.

278. En dépit de ces courants doctrinaux, la législation actuelle ne semble pas s'orienter vers un dépassement du contrat. Le Code du travail précise en effet, que dans le cadre de l'article L.5121-4⁴²⁹, l'accord du salarié est indispensable lorsqu'une entreprise envisage un reclassement externe. En outre, s'agissant de la mobilité géographique souhaitée par les entreprises au regard de leurs besoins en ressources humaines, l'Accord National Interprofessionnel du 23 janvier 2008⁴³⁰ prévoit qu'elles doivent rechercher des mesures d'accompagnement, dans le cadre d'une anticipation du changement ou d'une restructuration, au bénéfice des salariés et de leur famille. L'accord envisage également, afin de sécuriser les mobilités, la mise en place d'une « *période expérimentation mobilité* » permettant au salarié de découvrir son nouvel emploi, et prévoyant les conditions dans lesquelles l'intéressé pourrait revenir dans l'entreprise si le nouvel emploi ne lui convenait pas. L'ensemble de ces mesures visant à accompagner le salarié dans la mobilité ne semblent donc pas s'inscrire dans une logique de modification imposée ou subie du contrat de travail.

279. La modification du contrat de travail du fait de la GPEC, nous amène progressivement à établir une filiation entre GPEC et procédure de licenciement pour motif économique. En effet, si l'évolution jurisprudentielle considèrerait dans l'avenir, que la mise en œuvre d'une GPEC constitue un préalable obligatoire à toute procédure de licenciement pour motif économique, nous pourrions certainement envisager la GPEC comme « *un motif légitime d'évolution du contrat de travail, imposé au salarié*⁴³¹ ». L'établissement pourrait ainsi procéder à des suppressions de postes en évitant la mise en œuvre d'un plan de sauvegarde de l'emploi. Toutefois, la jurisprudence actuelle ne semble pas s'orienter vers ce schéma. Depuis le célèbre arrêt « *Pages Jaunes* » il semble en effet que la GPEC, peut justifier des licenciements économiques pour sauvegarder la compétitivité⁴³² de l'établissement.

⁴²⁸ N. DEDESUS-LE-MOUSTIER, *La gestion prévisionnelle de l'emploi et le droit du travail*, Thèse université Rennes I, 18 mars 1996, n°737.

⁴²⁹ L'art. L.5121-4 du Code du. travail précise notamment que l'accord du salarié est indispensable lorsqu'une entreprise envisage un reclassement externe et que corrélativement, un accord collectif prévoit la mise en œuvre d'aides pour les actions de formation relatives à l'adaptation des salariés.

⁴³⁰ Art. 8 de l'ANI du 23 juil. 2008, *La mobilité professionnelle et géographique*.

⁴³¹ N. MOIZARD, *op. cit.*

⁴³² Arrêts *Société Pages Jaunes*, cass. soc. 11 janv. 2006, D. 2006, jurispr., p. 1014, note J. PELISSIER.

280. Si la démarche GPEC, initiée par l'établissement de santé, représente donc une avancée sociale pour les ressources humaines, tant en termes d'employabilité que de sécurisation des parcours professionnels, l'impératif GPEC semble également s'imposer à la politique de gestion des ressources humaines.

§2- Une démarche d'anticipation nécessaire pour la politique de Gestion des Ressources Humaines (GRH)

281. La démarche GPEC semble s'imposer naturellement aux établissements de santé, tenus de s'ajuster aux évolutions et mutations du champ de la santé. La politique de gestion des ressources humaines conduite par l'établissement devra donc s'accorder aux changements en inscrivant sa gestion des hommes dans le temps et en anticipant les mutations, tant en terme de besoins institutionnels que d'aspirations individuelles.
282. Selon Monsieur P. ROUSSEL, la gestion des ressources humaines (G.R.H) est *« l'ensemble des activités qui visent à développer l'efficacité collective des personnes qui travaillent pour l'entreprise. L'efficacité étant la mesure dans laquelle les objectifs sont atteints, la G.R.H. aura pour mission de conduire le développement des R.H. en vue de la réalisation des objectifs de l'entreprise. La G.R.H. définit les stratégies et les moyens en RH, les modes de fonctionnement organisationnels et la logistique de soutien afin de développer les compétences nécessaires pour atteindre les objectifs de l'entreprise⁴³³ »*. La gestion des ressources humaines, désignée usuellement comme *« l'ensemble des activités qui permettent à une organisation de disposer des ressources humaines correspondant à ses besoins en quantité et qualité⁴³⁴ »*, doit conduire l'établissement à la réalisation d'une politique axée sur des ressources humaines non seulement *« disponibles »*, mais aussi *« mobilisées »*, *« efficaces »* et bien évidemment *« adaptables »*, le tout dans un climat social propice à la communication et au dialogue⁴³⁵.

⁴³³ Patrice ROUSSEL est coordinateur de l'équipe de recherche au LIRHE, Laboratoire Interdisciplinaire de recherche sur les Ressources Humaines et l'Emploi, créé en 1995.

⁴³⁴ Définition reprise par Messieurs L. CADIN, F. GUERIN et Madame F. PIGEYRE, dans *« Gestion des ressources humaines »* éditions DUNOD 2007.

⁴³⁵ O. DERENNE, A. LUCAS, *op.cit.* Ces auteurs considèrent que les gestionnaires de ressources humaines des établissements hospitaliers ont au quotidien pour préoccupation, des RH disponibles, mobilisées, efficaces, et adaptables. Tels sont les enjeux aujourd'hui d'une politique de GRH.

283. Une politique de gestion des ressources humaines réussie, doit donc conduire l'établissement à bénéficier de ressources humaines disponibles, qu'elle peut utiliser librement. Dans un contexte actuel de « *crise des ressources humaines* », la politique de l'établissement devra contrecarrer le manque de personnel qualifié généralement due à une mauvaise répartition des ressources humaines disponibles, mais aussi le manque de compétence ou d'engagement des professionnels, ou encore le risque de départ de ces derniers, notamment à l'étranger. Pour assurer cette disponibilité, l'établissement devra certainement renforcer son attractivité en proposant des postes assortis de conditions d'exercice avantageuses, avec logement et véhicule de fonction, amélioration des conditions de travail, ou prise en charge des frais de transport à l'occasion de congés par exemple. L'établissement pourra également formuler des propositions avantageuses en termes de rémunération, par le versement de primes d'éloignement, de responsabilité, de risque ou bien d'intéressement⁴³⁶. Cependant, pour convaincre un professionnel, il faut souvent proposer bien plus qu'un salaire, aussi correct soit-il. La notion de « *plaisir au travail*⁴³⁷ » apparaît ainsi comme un critère de renforcement de l'attractivité des établissements, permettant de convaincre un professionnel de quitter son emploi, pour un autre établissement. A ce titre, l'employeur pourra proposer un déroulement de carrière intéressant, des avantages permettant de concilier vie professionnelle et vie privée par l'octroi de jours de repos supplémentaires, ou bien lister les fonctionnalités que l'établissement a à offrir, en terme de crèche par exemple. Cette préoccupation permanente de disposer de suffisamment de ressources humaines, montre à quel point les rapports de travail se sont modifiés. Dorénavant, l'établissement doit être force de proposition afin de convaincre et recruter des professionnels, par ailleurs très sollicités, comme sur n'importe quel marché de la concurrence.

⁴³⁶ Selon l'article L.3312-1 du Code du travail, l'intéressement est un dispositif facultatif qui a pour objet d'associer collectivement les salariés aux résultats et aux performances de l'entreprise en leur permettant de bénéficier d'une rémunération complémentaire immédiatement disponible. L'intéressement a donc un caractère aléatoire, car la prime versée aux salariés est calculée à partir des résultats ou des performances de l'établissement. Précisons que l'intéressement n'a pas de caractère de rémunération au sens de l'article L.242-1 du Code de sécurité sociale. Les sommes versées ne sont donc pas assujetties aux cotisations sociales.

⁴³⁷ Selon Monsieur Jean-Gilles BOULA, « *lorsque le soignant participe à la conception, à l'élaboration des rythmes de travail et au mode opératoire du service, c'est-à-dire dans la mesure où il peut remanier l'organisation du travail, le plaisir au travail ou mieux la joie de travailler s'en trouve renforcée, car le travail devient librement organisé, délibérément choisi et conquis. Et ce n'est qu'à ce moment-là que les rigidités et pesanteurs concrètes du travail peuvent être acceptées* ». Jean-Gilles BOULA est chargé de cours en science humaines – Webster university – Genève. « *Le plaisir au travail* » : *Sémantique, rationalité, subjectivité dans le travail des soins*.

284. Mobiliser les ressources humaines, représente également un enjeu de taille pour l'établissement, tenu de motiver ses professionnels en les faisant participer, notamment, à une démarche projet, par l'élaboration de projet de service, ou de projet plus personnel tel qu'un parcours professionnel individualisé. Cette politique nécessite de la part de l'employeur, la mise en œuvre de plans de carrières motivants et équitables de manière à éviter les désappointements entre professionnels. L'établissement sera également tenu de promouvoir l'évaluation, l'engagement et la responsabilité par l'implication des professionnels dans les décisions.
285. En outre, obtenir la meilleure performance avec le meilleur rendement possible, constitue un enjeu auquel doit faire face la gestion des ressources humaines de l'établissement. Cette recherche d'efficacité vient naturellement s'inscrire dans la logique de tarification à l'activité de l'établissement.
286. *In fine*, pour être adaptables, les ressources humaines doivent être en mesure de s'adapter et d'accompagner les changements. Pour ce faire, le droit de la formation continue ainsi que le développement professionnel continu constituent autant de dispositifs que devra savoir manier et articuler l'établissement à travers un plan de formation annuel ou pluriannuel.
287. Ainsi, pour mettre en œuvre une telle politique, il faut savoir « *donner du temps au temps* ». La politique de gestion des ressources humaines menée par l'établissement devra donc indéniablement être à même de répondre à ces multiples enjeux, manifestement tous inscrits dans la durée, par l'élaboration d'une démarche GPEC.
288. En définitive pour disposer de ressources mobilisées, efficaces et adaptables, le DRH devra « *anticiper les évolutions* », « *faire face aux besoins* », et « *prendre en compte les aptitudes et aspirations individuelles*⁴³⁸ » à l'aide d'entretiens d'évaluation ou de bilans de compétence. En effet, pour tenter de prévoir aujourd'hui ce qu'il sera demain, l'établissement doit « *anticiper les évolutions du travail et des compétences* », ceci en « *anticipant les besoins* », « *les situations de travail* », et « *en prévenant les risques de déqualification ou*

⁴³⁸ O. DERENNE, A. LUCAS, *op.cit.*

*d'usure professionnelle*⁴³⁹ ». Avoir une lisibilité de l'avenir n'est plus un luxe dont peut se passer l'établissement, afin de rester compétitif, et de s'adapter aux mieux aux mutations du secteur. Anticiper les besoins quantitatifs et qualitatifs en emplois, prévoir le contenu des situations de travail, et prévenir l'usure professionnelle désignent ainsi les maîtres mots d'une démarche GPEC. En anticipant les mutations du travail qui accompagnent les décisions stratégiques de l'entreprise, « *le cercle vertueux, travail-compétence-performance est donc prêt à fonctionner*⁴⁴⁰ ».

Conclusion Section 2

289. Au cœur du changement, il ne peut y avoir de GPEC sans participation active des salariés, « *acteurs* » de la démarche, et « *responsables* » de leurs parcours professionnels. La démarche met ainsi à l'épreuve le lien contractuel unissant le professionnel salarié à l'établissement. En effet, les hypothèses de modification du contrat, de refus d'initiative ou de départ en formation, ou bien encore de transfert d'entreprise, représentent autant d'épreuves questionnant les incidences de la mise en œuvre d'une GPEC, sur le contrat ou sur le droit à la formation.
290. Dans une logique de réciprocité, les enjeux de la démarche reposent sur une politique de gestion des ressources humaines axée sur des ressources humaines « *disponibles* », « *mobilisées* », « *efficientes* », et « *adaptables* », permettant à l'établissement d' « *anticiper les évolutions* », de « *faire face aux besoins* », et de « *prendre en compte les aptitudes et aspirations individuelles* ».

⁴³⁹ F. CHAPPERT, M. PARLIER, *Anticiper les évolutions du travail et des compétences*. Travail et Changement, n°322, nov. déc. 2008. Florence CHAPPERT, et Michel PARLIER sont membres du département compétences, travail et emploi de l'ANACT.

⁴⁴⁰ Propos tenus par Monsieur Guy JOBERT, professeur titulaire de la chaire de formation des adultes au conservatoire nationale des arts et métiers, et rédacteur en chef de la revue Education Permanente. Il est également Président du conseil scientifique de l'ANACT. Précisons que ce conseil scientifique oriente les travaux de l'ANACT sur les conditions de travail.

Conclusion chapitre

291. La démarche GPEC s'inscrit au cœur du changement et des mutations profondes. Confronté à un contexte législatif, économique et sociétal mouvant, l'établissement doit réagir et accompagner le changement. La démarche apparaît ainsi comme étant l'instrument de prédilection des établissements, permettant d'anticiper les évolutions à venir, et d'assurer l'efficience et la continuité du fonctionnement. La vraie réussite pour l'établissement, sera d'assurer la compétitivité dans la pérennité. Si la GPEC constitue un facteur de sécurisation des parcours professionnels des salariés, elle représente également un outil de sécurisation et de pérennisation du fonctionnement de l'établissement. Les « enjeux » de la GPEC dans le champ de la santé semblent donc « partagés » entre l'établissement et le professionnel, qu'il soit d'ailleurs salarié, fonctionnaire ou agent contractuel.

De simple pratique gestionnaire usuelle, la GPEC se mue donc en un impératif fonctionnel pour l'établissement et social pour le travailleur. Tenu d'accompagner le changement, l'établissement devra donc transformer la contrainte en opportunité stratégique, permettant à l'établissement de demeurer compétitif, et de s'adapter aux mutations du secteur.

Conclusion du Titre premier

- 292.** Les difficultés entourant la qualification et la définition de la notion GPEC ne doivent pas être envisagées comme une faiblesse. Bien au contraire, ces incertitudes révèlent tout l'intérêt et la force du sujet, confronté à un secteur mouvant en proie aux évolutions législatives, économiques et sociétales.
- 293.** Assurément, la GPEC menée dans le champ de la santé, est une démarche tant atypique que protéiforme s'adaptant au particularisme des établissements. Somme toute, il n'existe pas une vérité, un modèle ou une définition de GPEC, mais un outil qu'il convient d'adapter aux établissements et aux exigences du secteur, afin de garantir la qualité de prise en charge du patient.
- 294.** En tout état de cause, quelle que soit la qualification ou la définition retenue par les établissements, la démarche GPEC est une démarche empreinte de singularité. Epousant les enjeux du secteur et les formes de l'établissement, elle devra être guidée par des enjeux de sauvegarde de compétitivité et de sécurisation des parcours professionnels, afin de garantir la qualité des prestations fournies.

TITRE SECOND

UNE CONTRAINTE JURIDIQUE SOURCE DE CONTENTIEUX

295. Organisés au rythme de la vie des patients et des usagers, les établissements sanitaires et médico-sociaux sont soumis à un droit mouvant, « *rétif à l'encadrement normatif ancré dans la temporalité et la pérennité* ». La « *nécessaire adaptabilité* »⁴⁴¹ du droit de la santé, justifie que la GPEC au sein de ces établissements, soit étudiée sous un aspect essentiellement pratique.
296. Dès lors, afin d'être en phase avec la réalité du terrain, il nous a paru important de souligner la technicité de la négociation à laquelle sont confrontés les établissements, composés d'acteurs pour beaucoup réticents à l'égard de la règle de droit. C'est dans cet esprit que nous évoquerons la manière dont est appréhendée la négociation triennale au sein des établissements.
297. Il nous tenait également à cœur de nous attacher à l'actualité juridique et sociale du secteur et notamment à l'évolution du cadre conventionnel des établissements médico-sociaux, soumis aux Conventions collectives 51 et 66. Face aux mouvements de « *dénonciation* », « *renovation* » ou « *révision* » de ces Conventions, il semble en effet particulièrement difficile de mener à bien une démarche GPEC, aux sein d'établissements confrontés à une diversité de personnels issus de cultures différentes, émanant du secteur privé commercial, privé non lucratif, ou public. Cette étape préalable sera l'occasion de nous intéresser de près à l'articulation contentieuse entre GPEC et restructurations, autrement nommée recomposition hospitalière.

⁴⁴¹ F. VIALLA, *Les grandes décisions du droit médical*, Introduction, LGDJ, p.3.

298. Pour étudier la GPEC d'un point de vue pratique, nous considérerons donc d'une part, l'obligation triennale de négocier (chapitre premier), avant d'envisager d'autre part, le lien ténu unissant GPEC et restructurations (chapitre second).

CHAPITRE PREMIER

LA GPEC ET LE CONTENTIEUX DE LA NÉGOCIATION

299. Nécessairement engagée tous les trois ans dans les établissements de droit privé de 300 salariés et plus, la négociation triennale fait partie de ces négociations obligatoires, tantôt perçue par l'employeur comme une contrainte juridique source de conflits sociaux, tantôt perçue par les organisations syndicales comme un mauvais présage annonciateur de licenciements économiques. En effet, si la négociation en elle-même est assurément obligatoire, le canevas de la négociation répond également à des règles bien précises auxquelles l'établissement de santé devra se conformer. L'étude de ce chapitre sera donc consacrée à la méthode de négociation d'un accord GPEC dans les établissements de santé de droit privé de 300 salariés et plus, soumis à la législation traditionnelle du code du travail. Pour autant, si la négociation présente un caractère obligatoire pour ce type d'établissement, il convient de rappeler qu'elle est souvent mise en œuvre de manière volontaire dans les établissements de moins grande envergure, désireux d'initier une telle démarche dans un contexte général de modernisation des établissements de santé. Par ailleurs, précisons que si la démarche GPEC est souvent mise en œuvre dans la fonction publique hospitalière, cette dernière demeure exclue du champ de la négociation collective réglementée par le code du travail.

300. A travers ce chapitre, nous envisagerons ainsi l'ensemble du processus de négociation de l'accord GPEC, de l'invitation des partenaires sociaux à la conclusion de l'accord. Que sa démarche soit volontaire ou contrainte par la loi, l'établissement de santé devra donc déterminer son périmètre général de négociation, en identifiant son cadre géographique ainsi que le cadre des partenaires sociaux invités à siéger à la table des négociations. Les conditions de régularité de la négociation devront ainsi être respectées afin de permettre la conclusion d'un accord comprenant des thèmes dits obligatoires et facultatifs. En toutes hypothèses, entre démarche volontaire et contrainte, logique préventive et difficultés économiques sources de restructurations, l'établissement de santé de droit privé devra se conformer aux exigences du

code du travail tout au long du processus de négociation avec les partenaires sociaux. Il conviendra donc de s'attacher tant aux règles relatives au déroulement de la négociation (I), qu'aux règles relatives au contenu de la négociation (II).

Section1- Le déroulement de la négociation

- 301.** Le cheminement de toute démarche GPEC aboutissant à la conclusion d'un accord légal, doit nécessairement passer par une étape juridique majeure consistant pour l'établissement à faire le bon choix quant au niveau de négociation et quant aux interlocuteurs participant aux débats. En effet, ce choix ne peut en aucune manière laisser place au hasard, et repose sur des dispositions juridiques précises relatives aux règles de négociation d'un accord collectif, qui plus est obligatoire. L'établissement de santé de droit privé, de plus ou moins grande envergure, s'engageant dans le processus GPEC, devra ainsi faire preuve d'une grande sollicitude tout au long du parcours de négociation, afin que les conditions de négociation, les mesures conclues, et l'accord en lui-même, répondent aux exigences légales posées par le code du travail, et contrôlées par le juge de la négociation.
- 302.** Le déroulement de la négociation sera ainsi jalonné d'étapes au cours desquels, la direction de l'établissement, pilote du projet GPEC, devra déterminer le champ de l'obligation de négocier, en identifiant non seulement le juste niveau de négociation, mais aussi la juste sélection des organisations syndicales participant aux débats. De part et d'autre, direction et partenaires sociaux devront donc s'assurer du respect des conditions de régularité de la négociation, en se conformant notamment aux exigences de loyauté, de légalité de l'accord, ainsi qu'aux conditions financières de mise en œuvre d'une démarche GPEC. Cette première section relative au déroulement de la négociation, sera ainsi l'occasion d'étudier le périmètre de l'obligation de négocier (§1), ainsi que les conditions de régularité de la négociation (§2).

§1- Le périmètre de l'obligation de négocier

- 303.** En amont de toute négociation, l'établissement de santé tenu ou désireux d'initier une démarche GPEC devra délimiter le champ de ses obligations en termes de négociation. Ce premier travail consistant à déterminer la circonférence de l'obligation de négocier, permettra

d'identifier le niveau de négociation, à savoir, l'entreprise ou la branche. Il autorisera par la suite l'employeur à initier la démarche, en invitant les partenaires sociaux, dits « *les parties* » à la table des négociations. Le niveau de négociation (I), ainsi que la détermination des parties à la négociation (II) constituent ainsi deux étapes préalables que devront mettre en œuvre les établissements de droit privé du champ sanitaire et médico-social.

I- Le niveau de négociation

304. La négociation relative à la GPEC peut être initiée tant au niveau de l'entreprise (A) que de la branche professionnelle (B). Les débats avec les partenaires sociaux pourront donc s'engager au niveau de l'entreprise en elle-même, des établissements qui la compose, ou au niveau du groupe. Par ailleurs, de manière plus large, un accord de branche pourrait inciter les entreprises de santé à négocier sur ce thème.

A- L'entreprise

305. L'obligation triennale de négocier la GPEC concerne les entreprises qui occupent au moins 300 salariés, les groupes d'entreprise d'au moins 300 salariés⁴⁴², ainsi que les entreprises et groupes de dimension communautaire comportant au moins un établissement ou une entreprise de 150 salariés en France⁴⁴³. Le terme générique d'« *entreprise* » désigne ici « *toute institution employant du personnel et régie par le code du travail* ». Il s'agit donc de tout établissement sanitaire ou médico-social de droit privé à but lucratif ou non lucratif, employant du personnel dans les conditions édictées par la législation du travail.

306. L'obligation de négocier doit être mise en œuvre, dès lors que l'« *entreprise* », ou de manière plus appropriée au sujet, l'« *entreprise de santé ou médico-social* », atteint le seuil d'effectif de 300 salariés⁴⁴⁴. Précisons que l'entreprise peut être composée d'établissements

⁴⁴² Au sens de l'art. L.2331-1 du Code du travail.

⁴⁴³ Art. L. 2242-15 du Code du travail.

⁴⁴⁴ Selon l'art. L.1111-2 c. travail, sont ainsi intégrés à l'effectif « 1°) *Les salariés titulaires d'un contrat de travail à durée indéterminée à temps plein et les travailleurs à domicile sont pris intégralement en compte dans l'effectif de l'entreprise ; 2°) Les salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée, les salariés titulaires d'un contrat de travail intermittent, les salariés mis à la disposition de l'entreprise par une entreprise extérieure, qui sont présents dans les locaux de l'entreprise utilisatrice et y travaillent depuis au moins un an, ainsi que les salariés temporaires, sont*

distincts⁴⁴⁵. Dans cette hypothèse, il paraîtra plus stratégique d'engager la négociation au niveau de l'entreprise de santé, et non au niveau de chaque établissement distinct la composant éventuellement. En effet, en pratique, les décisions se prennent majoritairement au niveau de l'entreprise ou du Comité Central d'Entreprise (CCE)⁴⁴⁶. Il paraît donc opportun d'un point de vue stratégique de « *mutualiser les efforts*⁴⁴⁷ » et les réflexions relatives à la GPEC, et d'engager une négociation au niveau plus global de l'entreprise de santé, en laissant toutefois la possibilité aux partenaires sociaux d'intervenir sur certains points spécifiques au niveau de l'établissement, par l'intermédiaire d'accords d'établissements.

307. Si l'obligation triennale de négocier doit être organisée dans toute entreprise de droit privé atteignant le seuil de 300 salariés, celle-ci revêt naturellement un caractère obligatoire dans les groupes d'entreprises⁴⁴⁸ occupant au moins 300 salariés. Dès lors que la somme des effectifs des entreprises du groupe atteint 300 salariés, les parties sont tenues d'engager une négociation relative à la GPEC. Dans l'hypothèse où plusieurs entreprises de santé font partis

pris en compte dans l'effectif de l'entreprise à due proportion de leur temps de présence au cours des douze mois précédents. Toutefois, les salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée et les salariés mis à disposition par une entreprise extérieure, y compris les salariés temporaires, sont exclus du décompte des effectifs lorsqu'ils remplacent un salarié absent ou dont le contrat de travail est suspendu, notamment du fait d'un congé de maternité, d'un congé d'adoption ou d'un congé parental d'éducation ; 3°) Les salariés à temps partiel, quelle que soit la nature de leur contrat de travail, sont pris en compte en divisant la somme totale des horaires inscrits dans leurs contrats de travail par la durée légale ou la durée conventionnelle du travail. »

⁴⁴⁵ Lorsque l'entreprise prend une forme déconcentrée, c'est-à-dire qu'elle est constituée de centres d'activité différents au niveau géographique et structurel, il faut envisager les élections des représentants du personnel dans le cadre de ces centres qui forment des établissements distincts. La notion d'établissement distinct varie ainsi selon l'institution représentative concernée. Pour la mise en place des DP « *l'établissement distinct se caractérise par le regroupement d'au moins 11 salariés constituant une communauté de travail ayant des intérêts propres, susceptible de générer des réclamations communes et spécifiques et travaillant sous la direction d'un représentant de l'employeur, peu important que celui-ci ait le pouvoir de se prononcer sur ses réclamations* », Cass. soc. 29 janvier 2003, n°01-60628 BC V n°30. Pour l'élection du comité d'établissement, la jurisprudence retient 3 critères : une implantation géographique distincte, une stabilité dans le temps, et une autonomie de gestion suffisante. Depuis l'arrêt rendu le 10 novembre 2010, la mise en place de comités d'établissement autorise à elle seule la désignation de DS à ce niveau, sans avoir à rechercher si les critères de définition de l'établissement distinct pour les DS sont réunis. Cass. Soc., 10/11/2010, n° 09-60.451.

Dictionnaire Revue Fiduciaire, Social 2012.<http://dagandroitsocial.com/etablissement-distinct-nouvelle-jurisprudence/>.

⁴⁴⁶ CCE. Selon l'art. L. 2327-1 du c. travail, un CCE est créé lorsqu'une entreprise comprend des établissements distincts dotés de comités d'établissement.

⁴⁴⁷ P. LE COHU, J-M. MIR, *La GPEC*, Liaisons sociales juin 2008, p. 25.

⁴⁴⁸ Selon l'art. L. 2331-1 c. travail, un comité de groupe est créé au sein d'un ensemble formé par une entreprise dite « *dominante* », et les entreprises qu'elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence dominante.

d'un groupe, les parties demeurent libres quant au choix du niveau de négociation. Dans la majorité des cas, la négociation s'engage au niveau du groupe et vise ainsi toutes les entreprises la composant. Lorsque l'accord de groupe GPEC est conclu, alors, « *par ricochet* », les entreprises comprises dans le champ de l'accord de groupe sont réputées avoir satisfait à leur obligation de négociation⁴⁴⁹. Certains auteurs considèrent ainsi que la négociation au niveau du groupe fait écho au principe de subsidiarité⁴⁵⁰ défini par l'Union Européenne, selon lequel la communauté agit lorsque les objectifs à atteindre peuvent être mieux réalisés à son niveau qu'au niveau des états membres. Ainsi, les partenaires sociaux auraient d'avantage intérêt à initier la négociation au niveau plus vaste du groupe, offrant ainsi d'avantage d'opportunité aux salariés en termes de mobilité et d'évolution de carrière. Par ailleurs rappelons que dans l'hypothèse d'un licenciement économique les possibilités de reclassement doivent être recherchées au niveau du groupe et non au niveau de l'entreprise. De ce fait une partie de la doctrine considère ainsi que « *le périmètre de la négociation de la GPEC devrait (...) être calqué sur celui du reclassement*⁴⁵¹ » **et donc sur celui du groupe.**

308. L'article L.2232-30 du code du travail offre toutefois la possibilité aux partenaires sociaux d'engager les négociations au niveau d'une partie des entreprises constituant le groupe. La négociation pourrait ainsi être initiée par activité. En définitive, « *les négociateurs à la GPEC ont toute latitude pour fixer les champs d'application de l'accord qui peut ne pas couvrir l'ensemble des sociétés du groupe*⁴⁵² ».

⁴⁴⁹ Selon l'art. L.2242-18 du Code du travail, « *Si un accord de groupe est conclu sur les thèmes inclus dans le champ de la négociation triennale mentionnée à l'article L. 2242-15, les entreprises comprises dans le périmètre de l'accord de groupe sont réputées avoir satisfait aux obligations de négocier prévues par ce même article.* »

⁴⁵⁰ P. LE COHU, J-M. MIR, *op. cit.* p. 25. Le principe de subsidiarité au sens européen est défini aux paragraphes 1 et 2 de l'article 5 du Traité instituant la Communauté européenne : « *La Communauté agit dans les limites des compétences qui lui sont conférées et des objectifs qui lui sont assignés par le présent traité. Dans les domaines qui ne relèvent pas de sa compétence exclusive, la Communauté n'intervient, conformément au principe de subsidiarité, que si et dans la mesure où les objectifs de l'action envisagée ne peuvent pas être réalisés de manière suffisante par les États membres et peuvent donc, en raison des dimensions ou des effets de l'action envisagée, être mieux réalisés au niveau communautaire* ». Le principe de subsidiarité se trouve également mentionné au paragraphe 3 de l'article 5 du Traité sur l'Union européenne : « *En vertu du principe de subsidiarité, dans les domaines qui ne relèvent pas de sa compétence exclusive, l'Union intervient seulement si, et dans la mesure où, les objectifs de l'action envisagée ne peuvent pas être atteints de manière suffisante par les États membres, tant au niveau central qu'au niveau régional et local, mais peuvent l'être mieux, en raison des dimensions ou des effets de l'action envisagée, au niveau de l'Union.* »

⁴⁵¹ P. LE COHU, J-M. MIR, *op. cit.* p. 25.

⁴⁵² TGI Paris, 4 déc. 2007, CCE Société SAS Fnac Paris et a. c/ SAS Fnac Paris.

309. Rappelons que l'accord de groupe est né, ou selon Monsieur le Professeur P.-H. ANTONMATTEI « *mal né* » en 2004, car consacré par « *un seul article de loi trop imprécis et surtout insuffisant*⁴⁵³ ». A l'époque on s'est très vite interrogé sur le fait de savoir si le groupe constituait un niveau de négociation autonome. Selon la fiche n°5 de la circulaire du 22 septembre 2004, le nouvel article L. 132-19-1⁴⁵⁴ « *ne fait pas du groupe un nouveau niveau de négociation en tant que tel qui se situerait dans la hiérarchie des accords entre l'accord de branche et l'accord d'entreprise. Il se borne à définir les effets de l'accord de groupe en les assimilant à ceux de l'accord d'entreprise*⁴⁵⁵ ». Pour autant, concernant la GPEC, la négociation de groupe peut belle et bien se substituer à la négociation d'entreprise, car « *si un accord de groupe est conclu sur les thèmes inclus dans le champ de la négociation triennale (...), les entreprises comprises dans le périmètre de l'accord de groupe sont réputées avoir satisfait aux obligations de négocier*⁴⁵⁶ ». La négociation de groupe repose donc sur un positionnement ambigu. Considérée par beaucoup comme un niveau de négociation non autonome, distinct du niveau d'entreprise⁴⁵⁷, dans le cadre de la GPEC, le groupe est considéré comme « *un niveau de négociation à part entière, au même titre que l'entreprise ou l'établissement*⁴⁵⁸ ». Ainsi, entreprise, établissement, groupe ou encore Unité Economique et sociale (UES), constituent de véritables « *collectivités de négociation*⁴⁵⁹ », mettant en exergue « *le concept de communauté de travail*⁴⁶⁰ », et nécessitant la mise en œuvre d'une réglementation stricte quant à ses quatre lieux de négociation.

310. Le champ de l'obligation triennale de négocier est donc assez large. Il vise non seulement les entreprises et les groupes d'au moins 300 salariés, mais aussi l'espace communautaire, en désignant les entreprises et groupes de dimension communautaire

⁴⁵³ P.-H. ANTONMATTEI, *L'accord de groupe*, Dr. soc. n°1 janv. 2008 p. 57. P.-H. ANTONMATTEI, *La consécration législative de la convention et de l'accord de groupe, satisfaction et interrogations*, Dr. soc. 2004, 601. Circulaire du 22 septembre 2004 relative au titre II de la loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social, JORF n°255 du 31 octobre 2004 page 18472. Art. L. 132-19-1.

⁴⁵⁴ L'article L.132-19-1 a été introduit dans le code du travail par l'article 46 de la loi du 4 mai 2004. Loi n°2004-391 du 4 mai 2004 - art. 46 JORF 5 mai 2004. Abrogé par Ordonnance n°2007-329 du 12 mars 2007, il est aujourd'hui remplacé par les articles suivants : art. L.2232-30; L.2232-31; L.2232-32; L.2232-33; L.2232-34; L.2232-35.

⁴⁵⁵ Fiche n°5 de la circulaire du 22 sept. 2004. Les accords de groupe (art. 46, art. L.132-19-1).

⁴⁵⁶ Art. L.2242-18 du Code du travail.

⁴⁵⁷ P.-H. ANTONMATTEI, *op. cit.*

⁴⁵⁸ Circulaire du 22 septembre 2004.

⁴⁵⁹ P.-H. ANTONMATTEI, *op. cit.* M.-L. MORIN, *Le droit des salariés à la négociation collective*, principe général du droit. Bibl. de droit social, tome 27. LGDJ, 1994, n°325 et s.

⁴⁶⁰ P.-H. ANTONMATTEI, *op. cit.*

comportant un établissement ou une entreprise d'au moins 150 salariés en France. Le Code du travail définit l'entreprise de dimension communautaire comme « *l'entreprise ou l'organisme qui emploie au moins 1000 salariés dans les Etats membres de la Communauté européenne ou de l'Espace économique européen et qui comporte au moins un établissement employant au moins 150 salariés dans au moins deux de ces Etats*⁴⁶¹ ». Le groupe d'entreprise de dimension communautaire quant à lui, est défini comme, « *le groupe au sens de l'article L.2331-1, satisfaisant aux conditions d'effectifs et d'activité mentionnées à l'article L.2341-1 et comportant au moins une entreprise employant 150 salariés et plus dans au moins deux de ces Etats*⁴⁶² ». Dans le cadre d'une entreprise de santé communautaire, l'obligation triennale de négocier va donc concerner toute entreprise ou établissement situé en France, dès lors que l'une de ses sociétés comporte au moins 150 salariés. A titre d'exemple, si une entreprise communautaire dont le siège est situé à l'étranger, dispose en France de deux entreprises atteignant respectivement 160 et 80 salariés, l'obligation triennale devra être appliquée aux deux sociétés. La négociation pourra ainsi être engagée, soit au niveau des deux entreprises, soit au niveau de chaque entreprise. De même, si les sociétés de l'entreprise communautaire forment un groupe, la négociation pourra avoir lieu, tant au niveau du groupe, qu'au niveau de chaque société.

B- La branche

311. Précisons que l'obligation triennale de négocier s'applique également au niveau de la branche professionnelle. La négociation triennale sur la GPEC doit donc également être mise en œuvre dans les entreprises de moins de 300 salariés, dès lors qu'une convention ou qu'un accord de branche a été conclu à ce sujet. Un accord d'entreprise adaptant l'accord de branche à la typologie de sa structure, peut donc être conclu en instaurant des dispositions plus favorables, ou le cas échéant, moins favorables, dans l'hypothèse où l'accord de branche ne l'interdit pas expressément⁴⁶³. Par ailleurs, l'accord de groupe ne pourra déroger aux dispositions conventionnelles de branche, à moins que ce dernier ne l'ait expressément prévu⁴⁶⁴.

⁴⁶¹ Art. L.2341-1 du Code du travail.

⁴⁶² Art. L.2341-2 du Code du travail.

⁴⁶³ *La gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences*, RPDS n°747, juill. 2007, p.226.

⁴⁶⁴ P.-H. ANTONMATTEI, *op. cit.*

312. Dès lors qu'elle aura déterminé son juste niveau de négociation, l'entreprise de santé devra s'attacher à déterminer les parties qu'elle souhaite inviter à la table des négociations (II).

II- Détermination des parties à la négociation

313. Afin d'initier la démarche GPEC, l'employeur est tenu d'inviter les partenaires sociaux à la table des négociations. Cependant, la qualité des parties dépendra pour beaucoup du nombre et de la composition des représentants syndicaux et du personnel de l'entreprise de santé. Nous envisagerons donc successivement la composition des parties à la négociation dans les établissements dotés d'une représentation syndicale (A), ainsi que dans les établissements qui en sont dépourvus (B).

A- *Etablissement avec Délégué Syndical (DS)*

314. Si la loi impose aux entreprises de droit privé de plus de 300 salariés de négocier la GPEC, précisons qu'une telle négociation peut être engagée dans tout établissement de santé ou médico-sociaux, désireux d'initier la démarche, et ce, quel que soit la nature ou la dimension de l'établissement. Les accords relatifs à la GPEC peuvent donc être négociés, dans tout organisme de droit privé⁴⁶⁵, occupant ou non 300 salariés, ainsi qu'à différents niveaux : établissement, groupe ou Unité Economique et Sociale⁴⁶⁶.
315. La négociation pourra ainsi s'engager avec la partie dite, « patronale », constituée de l'employeur ou de son représentant⁴⁶⁷, éventuellement assisté de collaborateurs appartenant au

⁴⁶⁵ Précisons que la fonction publique est exclue du champ de la négociation collective. Cass. soc. 26 fév. 1964, n°64-40029, BC IV n°179.

⁴⁶⁶ UES. L'UES permet de regrouper des entreprises juridiquement distinctes, mais qui présentent des liens étroits entre elles, en une seule entité au niveau de laquelle la représentation du personnel sera organisée. Selon l'art. L.2322-4 c. travail « *Lorsqu'une unité économique et sociale regroupant au moins cinquante salariés est reconnue par convention ou par décision de justice entre plusieurs entreprises juridiquement distinctes, la mise en place d'un comité d'entreprise commun est obligatoire.* » Pour décider que plusieurs entreprises juridiquement distinctes constituent entre elles une UES, les juges retiennent les critères suivants : La similitude ou la complémentarité de leurs activités, ainsi que la concentration des pouvoirs de direction à l'intérieur du périmètre considéré. L'UES se caractérise également par une communauté de travailleurs, résultant de leur statut social et de conditions de travail similaires, pouvant se traduire par une certaine permutableté de salariés. www.guide-du-travail.com. *Mémento pratique*. éd. Francis LEFEBVRE, Social 2012.

⁴⁶⁷ Art. L.2232-16 c. travail.

personnel de l'entreprise⁴⁶⁸, tel qu'un DRH. La délégation dite, « *salariale* », quant à elle, sera constituée conformément au principe du monopole syndical. La composition de la délégation syndicale variera ainsi en fonction de la présence ou au contraire de l'absence de Délégués syndicaux dans l'établissement.

316. Dans les établissements de santé ou médico-sociaux de droit privé, pourvus de délégués syndicaux⁴⁶⁹, l'employeur pourra ainsi négocier avec les organisations syndicales représentatives dans l'entreprise. De manière plus précise, la négociation pourra s'engager avec les syndicats ayant désigné un délégué syndical, ou avec les syndicats ayant désigné un délégué du personnel faisant fonction de délégué syndical. En effet, en vertu de l'article L.2143-6 du code du travail, les syndicats représentatifs dans l'établissement peuvent désigner, pour la durée de son mandat un délégué du personnel comme délégué syndical⁴⁷⁰.

317. L'établissement devra donc composer avec une délégation syndicale comprenant un délégué syndical, ou en cas de pluralité de délégués au moins deux délégués syndicaux. En outre, chaque organisation syndicale pourra compléter sa délégation par des salariés de l'établissement, dont le nombre sera fixé par accord entre l'employeur et les organisations syndicales représentatives. A défaut d'accord unanime, le nombre de salarié pouvant participer aux débats sera au plus égal, par délégation, à celui des délégués syndicaux de la délégation⁴⁷¹.

318. Le respect du monopole syndical impose donc aux établissements de santé et médico-sociaux de négocier avec les syndicats représentatifs dans l'entreprise. Depuis la réforme du 20 août 2008 portant rénovation de la démocratie sociale⁴⁷², pour être représentatifs, les

⁴⁶⁸ A défaut d'accord entre les parties, l'employeur ne peut pas se faire assister par des conseillers extérieurs à l'entreprise tels qu'un avocat ou un expert-comptable. Par ailleurs, afin d'instaurer une égalité entre les interlocuteurs, les membres de la délégation patronale ne doivent pas être plus nombreux que ceux de la délégation salariale.

⁴⁶⁹ Dans les entreprises de plus de 50 salariés, un syndicat représentatif ayant constitué une section syndicale peut désigner un délégué syndical.

⁴⁷⁰ Sauf disposition conventionnelle, ce mandat n'ouvre pas droit à un crédit d'heures. Le temps dont dispose le délégué du personnel pour l'exercice de son mandat pourra être utilisé dans les mêmes conditions pour l'exercice de ses fonctions de délégué syndical.

⁴⁷¹ En vertu de l'article L.2232-17 c. travail, ce nombre pourra être porté à deux dans les établissements n'ayant qu'un seul délégué syndical. Par ailleurs, la Circ. DRT 15 du 25 oct. 1983, JO du 10 janv. 1984, précise qu'un accord entre les parties pourra éventuellement fixer un nombre supérieur de salarié, constituant la délégation syndicale.

⁴⁷² Loi 2008-789 du 20 août 2008, JO du 21.

syndicats doivent respecter sept critères⁴⁷³ cumulatifs de représentativité, devant nécessairement être démontrés à chaque niveau⁴⁷⁴. Ces critères sont les suivants : respect des valeurs républicaines⁴⁷⁵, indépendance, transparence financière⁴⁷⁶, ancienneté minimale de deux ans dans le champ professionnel et géographique, audience électorale, influence en termes d'activité et d'expérience du syndicat, effectifs adhérents et cotisation perçues⁴⁷⁷. En fixant de nouveaux critères, la loi instaure ainsi une « *représentativité par démonstration* », se substituant à une « *représentativité par présomption*⁴⁷⁸ ». En effet, depuis la fin de la seconde guerre mondiale, « *la représentativité du syndicat ne procédait plus de l'élection en tant que telle, mais d'un rapport d'identification avec le groupe salarié*⁴⁷⁹ ». Ainsi, certains ont pu écrire que « *le syndicat peut, si l'on veut, se passer des ouvriers, mais les ouvriers ne peuvent se passer des syndicats*⁴⁸⁰ ». La réforme du 20 août 2008 vient ici sonner le glas d'une simple présomption de représentativité, pour initier une véritable démonstration de la représentativité, réorganisée autour de l'élection professionnelle. Elle supprime ainsi toute présomption irréfragable de représentativité pour tout syndicat affilié à l'une des cinq confédérations considérées comme représentatives au plan national⁴⁸¹.

319. Précisons que l'audience électorale constitue le critère décisif de représentativité des syndicats. Pour satisfaire cette condition, le syndicat doit avoir recueilli au moins 10% des suffrages, aux dernières élections du CE, de la Délégation Unique du Personnel (DUP), ou à défaut des délégués du personnel. Le nombre de suffrages s'appréciant quel que soit le

⁴⁷³ L. 2121-1 du Code du travail. Antérieurement les critères de représentativité des syndicats étaient les suivants : effectifs, cotisations, indépendance, expérience et ancienneté du syndicat, attitude patriotique pendant l'occupation. Ces critères n'étaient pas cumulatifs.

⁴⁷⁴ Les critères de représentativité doivent être démontrés au niveau de l'établissement, de l'entreprise, de la branche, au niveau national et interprofessionnel.

⁴⁷⁵ Respect de la liberté d'opinion, politique, philosophique ou religieuse. Refus des discriminations, de l'intégrisme et de l'intolérance.

⁴⁷⁶ La certification des comptes annuels du syndicat permet de garantir sa transparence financière.

⁴⁷⁷ Le montant des cotisations doit être suffisamment important pour permettre au syndicat « *d'avoir une activité, d'assurer son indépendance à l'égard de l'entreprise, et de faire état d'un nombre réel d'adhérents.* »

⁴⁷⁸ J.-P. DUPRILOT, C. DUPONT-GUERINOT, G. DUC-ECHAMPARD, *La loi du 20 août 2008 sur la démocratie sociale*, Lamy Lexel, Avocats associés.

http://www.lamy.lexel.com/fileadmin/pdf/Lamy_Lexel___democratie_sociale.pdf.

⁴⁷⁹ L. FLAMENT, G. BREDON, *Représentativité syndicale, de la présomption à la représentation*. Les cahiers du DRH, n°147, oct. 2008. J. LE GOFF, *Du silence à la parole. Une histoire du droit du travail des années 1830 à nos jours*, PUR, 2004, p. 420 ; ADDE – P. ROSANVALLON, *La question syndicale*, Hachette, 1999.

⁴⁸⁰ P. CUCHE, *La législation du travail et les transformations du droit : Cahiers de la nouvelle journée, 1925*, n° 4, p. 185.

⁴⁸¹ CFDT, CGT, FO, CFTC, CGC.

nombre de votants. Cette représentativité au niveau de l'entreprise, devra donc être démontrée à chaque élection professionnelle⁴⁸².

B- Etablissements dépourvus de Délégués Syndicaux

320. Dans les établissements dépourvus de délégués syndicaux, ou de délégués du personnel faisant fonction de délégués syndicaux, les règles de négociation diffèrent. Le DRH, notamment, devra engager la négociation avec les représentants élus du personnel, ou avec les salariés mandatés. La négociation avec les représentants élus n'est donc possible qu'en l'absence de délégué syndical ou de délégué du personnel faisant fonction de délégué syndical⁴⁸³. En effet, selon la chambre criminelle de la Cour de cassation, engager une négociation avec les représentants élus, alors même qu'un délégué syndical a été désigné, constitue un délit d'entrave⁴⁸⁴. Par ailleurs, cette négociation ne pourra être effective que pour les établissements de santé de moins de 200 salariés, et ce, même en l'absence d'une convention de branche ou d'un accord professionnel étendu en ce sens⁴⁸⁵. En revanche, dans les établissements de plus de 200 salariés, cette négociation ne sera envisageable que si un accord de branche ou un accord professionnel étendu prévoit cette possibilité. Précisons également, que sous le vocable « *élu du personnel* » habilité à négocier, il faut entendre, les élus titulaires du CE, la délégation unique du personnel, et les délégués du personnel titulaires⁴⁸⁶.

321. Enfin, précisons qu'en l'absence de délégué syndical et de représentant élu, l'établissement de santé pourra tenter d'engager la négociation sur la GPEC avec un salarié mandaté par une organisation syndicale représentative. Plus rarement, la négociation pourra

⁴⁸² Précisons que pour les entreprises à établissements multiples, ainsi que pour les groupes d'entreprise, la représentativité des syndicats est évaluée au terme de chaque cycle électoral, c'est-à-dire une fois que tous les établissements ont procédé aux élections professionnelles, et ce, par addition des votes des chaque établissement.

⁴⁸³ Art. L. 2232-23 du Code du travail.

⁴⁸⁴ Cass. crim. 18 nov.1997, n°96-80002, B. crim. n°390.

⁴⁸⁵ Art. L.2232-21 du Code du travail. Loi 2008-789 du 20 août 2008, art. 14, JO du 21.

⁴⁸⁶ L.2232-22 du Code du travail. Notons que la négociation avec le Comité Central d'Entreprise en cas d'établissements distincts (ED), et le CE d'une Unité Économique et Sociale ne semble pas contraire à la loi. En revanche, en vertu d'une circulaire de 2004, la négociation avec le comité de groupe est impossible, eu égard à la négociation et aux pouvoirs du comité de groupe. Art. L.2322-4 du Code du travail, circ. DRT 9 du 22 sept. 2004.

s'organiser avec le représentant de la section syndicale⁴⁸⁷. Néanmoins, une telle négociation ne sera envisageable que dans les établissements dépourvus de délégué syndical, dotés de représentants élus du personnel, employant 200 salariés ou plus, et non couverts par un accord de branche étendu permettant de négocier avec les représentants élus du personnel ou un salarié mandaté.

322. En définitive, l'établissement de santé devra faire preuve d'une très grande vigilance, quant au choix de ses partenaires et de ses interlocuteurs à la négociation. Ainsi, tenter de négocier avec des syndicats non représentatifs, ou bien encore avec un représentant élu du personnel, alors même qu'il existe des délégués syndicaux dans l'établissement, ou que celui-ci compte plus de 200 salariés, aura des conséquences certaines sur la continuité des débats. En effet, au titre de violation du principe de non-discrimination syndicale, l'employeur pourra être pénalement sanctionné. De même, toute négociation avec des partenaires non légitimes, l'expose à une condamnation pénale pour délit d'entrave à l'exercice du droit syndical, puni de 1 an d'emprisonnement et de 3750 € d'amende⁴⁸⁸. Ces peines pouvant être doublées en cas de récidive⁴⁸⁹. La vigilance des parties, quant aux modalités de négociation de la GPEC devra donc être de mise, notamment dans les petits établissements, méconnaissant bien souvent les règles de la négociation, et dénués d'avocats ou de conseils en la matière.

323. Le périmètre de la négociation collective ayant fait l'objet d'une étude spécifique, il convient de préciser les conditions de régularité de la négociation, auxquelles l'établissement de santé devra se conformer (§2).

§2- Les conditions de régularité de la négociation

324. Les conditions de déroulement de la négociation ainsi que l'accord conclu pourront éventuellement faire l'objet d'un contrôle par le juge judiciaire, juge de la négociation et de l'accord collectif, en cas de contestation de l'une des parties. Les conditions légales de régularité de la négociation qui conditionneront la validité de l'accord, feront donc l'objet

⁴⁸⁷ L. 2143-23 c. travail.

⁴⁸⁸ Constitue ainsi un délit d'entrave, le fait de ne pas inviter un délégué syndical à la table des négociations, au motif que celui-ci fait l'objet d'une mise à pied conservatoire. Cass. crim. 30 oct. 2006, n°05-86380, B. crim. n°260. Il en va de même lorsqu'un employeur refuse de négocier un protocole préélectoral avec un DS.

⁴⁸⁹ Art. 132-10 c. pénal.

d'une étude particulière. Par ailleurs, il conviendra de s'intéresser aux modalités juridiques spécifiques de financement d'un accord GPEC dans le champ sanitaire et médico-social.

I- Les conditions légales de la négociation

325. Ainsi que l'affirme Madame Marie-Laure MORIN, conseiller à la chambre sociale de la Cour de cassation, la négociation collective résulte d'un dualisme nécessitant que soit respecté les conditions de validité et de loyauté dans la formation des accords collectifs⁴⁹⁰. Ainsi, nous envisagerons les conditions légales de négociation d'un accord GPEC, au travers le respect du principe de loyauté de la négociation (A), et de légalité de l'accord (B).

A- La loyauté de la négociation

326. Dans le cadre de son obligation triennale de négocier, l'établissement de santé devra veiller au respect du principe de loyauté dans le comportement des parties, ceci afin d'éviter tout risque de déséquilibres et d'échanges inégaux au cours du processus de négociation. Le concept de loyauté est issu du concept civiliste de bonne foi des parties, « *bonafides*⁴⁹¹ », visé à l'article 1134 du Code civil, qui précise que « *les conventions (...) doivent être exécutées de bonne foi* ». Pour autant, il semble que la notion de loyauté soit préférée dans le langage travailliste, à la notion de bonne foi, pour des raisons textuelles certainement, mais aussi culturelles. En effet, mentionnée à l'article L.2262-4 du Code du travail⁴⁹², l'usage de la notion de loyauté permet d'« *éviter une filiation trop directe avec le droit des obligations*⁴⁹³ ». Si la notion de loyauté s'est progressivement imposée en matière d'exécution du contrat de travail, « *l'exigence de loyauté (...) est de première importance au stade de la négociation des accords* », car « *au fur et à mesure que se développent processus et habitus négociatoires, l'idée d'un minimum de loyauté et de transparence ne peut que prendre de plus*

⁴⁹⁰ M.-L. MORIN, *Le dualisme de la négociation collective à l'épreuve des réformes : validité et loyauté de la négociation, application et interprétation de l'accord*. Dr soc. n°1 janv. 2008, p. 24.

⁴⁹¹ Le terme « *bonne foi* » vient du latin « *bonafide* » (« *de bonne foi* »), ablatif de « *bonafides* » (« *bonne foi* »).

⁴⁹² Selon l'article L.2262-4 du Code du travail « *Les organisations de salariés et les organisations ou groupements d'employeurs, ou les employeurs pris individuellement, liés par une convention ou un accord, sont tenus de ne rien faire qui soit de nature à compromettre l'exécution loyale. Ils ne sont garants de cette exécution que dans la mesure déterminée par la convention ou l'accord* ».

⁴⁹³ M. MINE, *La loyauté dans le processus de négociation collective d'entreprise*, Travail et Emploi n°84, oct. 2000, p. 48.

en plus la force de l'exigence⁴⁹⁴ ». Précisons que la loyauté des parties à la négociation collective signifie avoir un « comportement avec un versant positif et actif », tel que « la volonté d'aboutir », et « un versant passif », supposant l'« abstention d'actes négatifs à l'encontre du partenaire⁴⁹⁵ ». L'obligation de loyauté à l'égard de l'employeur, vise donc à contraindre ce dernier à négocier loyalement, mais rien ne l'oblige à conclure. Le respect de ce principe doit être apprécié au regard du comportement de l'employeur, qui doit notamment inviter toutes les organisations syndicales représentatives dans l'entreprise à négocier la GPEC. De même, outre son obligation de consulter les instances représentatives du personnel, ce dernier doit fournir aux représentants syndicaux, « toutes informations nécessaires, pertinentes, et appropriées pour leur permettre de négocier⁴⁹⁶ ». « Un devoir général de favoriser la conclusion de l'accord⁴⁹⁷ » pèse de ce fait sur l'employeur. Les parties à la négociation doivent donc faire preuve d'un « comportement dynamique d'échanges et non d'une attitude passive d'attente⁴⁹⁸ ». Négocier loyalement implique nécessairement une volonté minimale d'aboutir et une transparence des parties. Précisons également que le respect du principe de loyauté au cours des négociations peut se traduire par une limitation des prérogatives de l'employeur et notamment par une suspension de son pouvoir unilatéral. En effet, conformément à l'article L.2242-3 du Code du travail, « tant que la négociation est en cours (...) l'employeur ne peut, dans les matières traitées, arrêter de décisions unilatérales concernant la collectivité des salariés, sauf si l'urgence le justifie ». Cette mesure marque « la volonté affirmée du législateur de privilégier désormais le négocié, au dépens de l'unilatéral⁴⁹⁹ ».

B- La légalité de l'accord

327. En droit du travail, l'accord collectif constitue un acte contractuel de droit privé qui s'impose au contrat de travail. Dès lors, il dispose d'un effet normatif, un effet *erga omnes*⁵⁰⁰,

⁴⁹⁴ M.-A. SOURIAU-ROTSCHILD, *Engagements et arrangements sur l'emploi : quelle efficacité juridique ?*, Dr. soc. 1997, p. 1061.

⁴⁹⁵ M. MINE, *op. cit.*

⁴⁹⁶ M. MINE, *op. cit.* Recommandation n°163 de l'OIT du 19 juin 1981, concernant la promotion de la négociation collective.

⁴⁹⁷ Y. CHALARON, *La conduite de la négociation*, Dr. soc. 1990, p. 584. M.-A. SOURIAU-ROTSCHILD, *op. cit.*

⁴⁹⁸ M. MINE, *op. cit.*

⁴⁹⁹ M. DESPAX, *Les paradoxes de la négociation d'entreprise*, in Mélanges G. LYON-CAEN, Dalloz, 1989.

⁵⁰⁰ Expression latine signifiant opposable à tous.

dont le corollaire est la nécessaire représentativité des organisations syndicales signataires⁵⁰¹. En effet, comme nous l'avons précédemment souligné, la représentativité syndicale constitue la qualité nécessaire pour représenter les intérêts d'une collectivité de travail. La qualité de syndicat représentatif est donc l'une des conditions majeures permettant au syndicat de déterminer des mesures *erga omnes*, dans le cadre d'un accord GPEC. Par ailleurs, au nom du principe de participation, de liberté et d'égalité syndicale⁵⁰², l'invitation et la participation de toutes les organisations syndicales représentatives à la négociation constitue la deuxième condition de validité de l'accord GPEC que l'employeur se devra de considérer. Enfin, pour que l'accord négocié entre les parties acquière force obligatoire, il convient que ce dernier bénéficie d'une majorité d'engagement, ou qu'il n'ait pas fait l'objet d'une opposition majoritaire. Ainsi, selon l'article L.2232-12 du code du travail, en présence de délégués syndicaux, l'accord GPEC doit avoir été signé par un syndicat représentatif totalisant au moins 30% des suffrages au premier tour des dernières élections professionnelles. La validité de l'accord est également subordonnée à l'absence d'opposition d'une ou plusieurs organisations syndicales représentatives ayant recueilli au moins 50% des suffrages exprimés au premier tour des élections professionnelles. Précisons que l'opposition doit être signifiée par écrit et de manière motivée, dans les huit jours suivant la notification de l'accord⁵⁰³. En l'absence d'opposition, l'accord est ainsi validé. En revanche, celui-ci est réputé non écrit si l'opposition est valablement exprimée⁵⁰⁴. En définitive, l'issue de la négociation pourra soit conduire à la signature d'un accord GPEC, écrit⁵⁰⁵ et rédigé en français⁵⁰⁶, à défaut de nullité. Soit à un échec des négociations, éventuellement signifié par un procès-verbal de désaccord, attestant de la tenue effective de la négociation et de sa date d'achèvement.

- 328.** La mise en œuvre d'un dispositif GPEC nécessite pour l'établissement de se conformer, non seulement aux conditions légales de négociation, mais aussi aux conditions financières d'élaboration de la démarche, propres aux établissements de santé (II).

⁵⁰¹ M.-L. MORIN, *op. cit.*

⁵⁰² M.-L. MORIN, *op. cit.*

⁵⁰³ Art. L.2231-8 du Code du travail.

⁵⁰⁴ Art. L.2231-9 du Code du travail.

⁵⁰⁵ Art. L.2231-2 du Code du travail.

⁵⁰⁶ Art. L.2231-4 du Code du travail.

II- Les conditions financières

329. Lors de la négociation triennale, la direction de l'établissement de santé devra naturellement intégrer le coût des mesures envisagées dans l'accord, au budget de l'établissement. Pour faciliter et encourager ce type de démarche, la circulaire du 9 octobre 2007⁵⁰⁷ a prévu un soutien financier à l'élaboration d'une GPMC dans les établissements de santé, à hauteur de 10 millions d'euros sur le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). A cette époque, la DHOS encourageait donc très largement les établissements à s'inscrire dans une démarche métier-compétences par des appels à projets financés par le FMESPP. Dès lors, la circulaire de 2007 envisageait trois niveaux de financement possible. Le premier niveau représentait une aide à l'élaboration de la nomenclature des métiers de l'établissement, établi sur la base du répertoire des métiers de la DHOS et du guide méthodologique d'aide au classement des effectifs par métier dans la nomenclature. Ce premier pallier constituait d'ailleurs un pré requis indispensable aux deux autres. Le deuxième niveau était destiné à aider l'établissement à intégrer dans sa pratique quotidienne de gestion, la démarche métiers-compétences. Enfin, le troisième niveau avait pour objet d'aider des établissements à gérer une opération à grande échelle de fusion, regroupement ou construction, ou bien désireux d'initier une GPMC sur un secteur, une activité ou des métiers jugés critiques. Ces trois niveaux avaient donc pour finalité de permettre aux établissements de mentionner dans les Contrats d'Objectifs et de Moyens les liens aux ARS, une cartographie des métiers lors de la conclusion du contrat, ainsi qu'une cartographie prévisionnelle au terme du contrat. Pour un projet intégrant les trois niveaux, l'accompagnement par le FMESPP pouvait donner lieu à versement d'une subvention d'un montant maximum de 50 000 € par établissement.

330. Dans le prolongement de la circulaire de 2007, une instruction du 23 juin 2010⁵⁰⁸, poursuit et renforce la dynamique engagée, en incitant par un dispositif équivalent, les établissements de santé à s'inscrire dans une logique de gestion prévisionnelle des ressources humaines. En 2010, une enveloppe globale de 5 millions d'euros a donc été provisionnée afin

⁵⁰⁷ Circulaire n° DHOS/P1/2007/369 du 9 oct. 2007 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) 2007 de projets visant à renforcer la gestion des ressources humaines dans les établissements de santé.

⁵⁰⁸ Instruction n° DGOS/RHSS/MEIMMS/2010/215 du 23 juin 2010 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) de projets visant à renforcer la gestion prévisionnelle des métiers, des effectifs et des compétences dans les établissements de santé.

d'accompagner les actions de gestion prévisionnelle des ressources humaines, conduite par l'établissement de santé.

331. Outre ces mesures de financement, précisons que l'article 119 de la loi de finance pour 2011, a mis un terme aux exonérations d'impôt sur le revenu et de cotisations sociales des indemnités de départ volontaire versées dans le cadre d'un accord GPEC. Antérieurement à cette loi, le régime fiscal de la GPEC était calqué sur celui des Plans de Sauvegarde de l'emploi (PSE), et autorisait un certain nombre d'exonérations fiscales et sociales. Dorénavant, un constat majeur s'impose. Le régime fiscal des indemnités versées dans le cadre d'un PSE est bien plus attractif que celui d'un accord GPEC. En effet, la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 prévoit que les indemnités de licenciement, de départ volontaire, de départ en préretraite ou de départ volontaire à la retraite, versées dans le cadre d'un PSE, sont totalement exonérées au titre de l'impôt sur le revenu⁵⁰⁹. Ainsi, beaucoup s'interrogent quant à l'opportunité d'une telle mesure, qui risque d'encourager la mise en œuvre de PSE au détriment d'une véritable anticipation des restructurations.

Conclusion Section 1

332. Avant d'aborder toutes mesures susceptibles d'être mise en œuvre au cœur d'une démarche GPEC, les parties patronale et salariale à la négociation, devront se conformer au canevas de la négociation collective et aux exigences du code du travail quant aux conditions de régularité des débats. Rigueur et vigilance des parties, et spécifiquement de l'employeur devront donc être de mise au cours des négociations, afin d'éviter toute contestation possible de l'une ou l'autre des parties, entraînant ainsi la nullité de l'accord conclu.

333. Si le respect des règles relatives au déroulement de la négociation est primordial pour assurer la légalité de l'accord, le contenu et plus précisément les thèmes abordés lors des négociations présenteront également un caractère vital pour certaines structures en proie à des difficultés économiques. Le contenu des accords négociés pourra ainsi constituer un enjeu

⁵⁰⁹ Art. 80 duodecies, I, 1^{er} et 2^{ème} du Code général des impôts.

majeur pour l'établissement, en termes de mobilité interne ou externe, permettant d'éviter les licenciements subits (Section 2).

Section 2- Le contenu de la négociation

334. En fonction de la situation économique et sociale de l'entreprise de santé, celle-ci pourra s'engager sur une négociation de trois types d'accords GPEC, dits « à froid », « à tiède » ou bien encore « à chaud ». Les accords « à froid » sont conclus dans une logique préventive, lorsque l'entreprise ne connaît pas de perspectives ou de menaces à terme de suppression d'emploi. Ces accords sollicitent le recours à des outils classiques de gestion des ressources humaines, tel que le DIF, la VAE, ou le bilan de compétence, afin d'encourager une politique de mobilité interne. Par ailleurs, les accords GPEC « à tiède » encouragent tant la mobilité interne que la mobilité externe, ceci en mettant en lumière les emplois potentiellement menacés. L'accord a donc pour objet d'accompagner la suppression de certains emplois tout en sollicitant la mobilité volontaire. En outre, les accords « à chaud » intervenant dans un contexte de difficultés économiques, organisent de manière anticipée la gestion d'une restructuration. Les emplois menacés sont donc identifiés, et l'accord aura pour objet d'organiser le reclassement dans un autre emploi des salariés concernés.
335. En fonction du contexte économique, et de la typologie de la GPEC mise en œuvre, l'entreprise de santé sera amenée à négocier des thèmes obligatoires et facultatifs dictés par le code du travail. En effet, ces thèmes imposés ou au contraire optionnels n'ont pas les mêmes desseins. Si les thèmes obligatoires ont pour objet d'adapter de manière préventive, les effectifs et les compétences des salariés de l'entreprise, les thèmes facultatifs ont d'avantage pour finalités de résoudre les problématiques de sureffectifs, par le biais de mesures de suppressions d'emplois ou de mobilités externes.
336. Dans l'hypothèse d'une GPEC dite « à froid », détachée de toute menace de licenciement économique, l'entreprise de santé n'a donc pas vocation à traiter des thèmes facultatifs. En revanche, dans un contexte de GPEC dite « à chaud », l'établissement ne pourra en aucune manière, faire l'économie de traiter de thèmes certes facultatifs, mais au combien vitaux pour résoudre les difficultés liées au sureffectif. Enfin, dans une situation

« entre deux », ou d'une GPEC dite « à tiède », l'entreprise pourra éventuellement négocier deux accords portant respectivement sur des thèmes obligatoires et facultatifs⁵¹⁰.

337. Afin d'appréhender les différentes situations auxquelles pourraient être confrontées l'établissement de santé, qu'il se trouve en situation pérenne ou au contraire en situation de tension économique, il convient de s'attacher aux thèmes de la GPEC, tant obligatoires (§1) que facultatifs (§2).

§1- Les thèmes obligatoires

338. Pour se conformer aux obligations réglementaires en matière de négociation triennale, l'entreprise de santé est tenue d'engager la négociation avec les partenaires sociaux sur quatre thèmes obligatoires définis à l'article L.2242-15 du Code du travail. Le premier, relatif à l'information-consultation des membres du CE sur la stratégie de l'entreprise (I), vise à organiser la diffusion d'information relative à la stratégie auprès des élus. Il ne s'agit en aucune manière de négocier la stratégie de l'entreprise en elle-même, mais de formaliser les modes de diffusion de l'information à destination du comité. Le deuxième thème obligatoire, quant à lui, traite de la mise en œuvre du dispositif GPEC (II). Cette mise en œuvre passe nécessairement par la réalisation d'un inventaire des ressources humaines de l'établissement de santé. Ce travail consistant à confronter l'existant aux besoins futurs, permettra à l'établissement de décliner ses actions futures, en lien avec ses orientations stratégiques. Le troisième thème obligatoire, relatif aux mesures d'accompagnement susceptibles d'être associées au dispositif GPEC (III), conduira l'établissement à lister les mesures mises en œuvre à l'appui de la GPEC. Enfin, dans un contexte d'allongement des parcours professionnels, le quatrième thème traitera du maintien et de l'accès des salariés âgés à l'emploi (IV).

⁵¹⁰ Les sociétés CARREFOUR ou TOCKEIM France ont ainsi conclus séparément deux accords portant sur les thèmes obligatoires et sur des thèmes facultatifs. De même, la société THALES a conclu un accord dit « mixte », traitant d'une GPEC « à froid » intitulée « la gestion prospective des ressources humaines », ainsi que d'une GPEC « à chaud » relative à « la gestion active de l'emploi ».

I- L'information-consultation du CE sur la stratégie de l'entreprise

339. La nécessaire information-consultation du CE sur la stratégie de l'entreprise nécessite que les partenaires sociaux et la direction définissent la notion de stratégie de l'entreprise de santé (A) dans l'accord GPEC. Corrélativement à cette définition, les parties seront tenues de déterminer les effets prévisibles sur l'emploi et les salaires de cette stratégie (B).

A- Définition de la stratégie de l'entreprise

340. Selon l'article L.2242-15 du code du travail, la négociation devra nécessairement porter sur les modalités d'information et de consultation du CE sur la stratégie de l'entreprise ainsi que ses effets prévisibles sur l'emploi et les salaires. Par cette mesure, le législateur fait de la stratégie de l'entreprise de santé, le concept central de la négociation dans ce type d'établissement. Il convient toutefois de préciser que la stratégie de l'entreprise n'a pas à être négociée avec les partenaires sociaux. En revanche, ce sont les modalités de communication auprès du CE qui devront faire l'objet d'une négociation. Pour comprendre l'enjeu de ce « *thème nouveau*⁵¹¹ », il convient de préciser à quoi renvoie la notion de stratégie pour l'entreprise de santé.
341. Le terme « *stratégie* » vient du grec « *stratége* », qui signifie celui qui conduit l'armée. Selon le dictionnaire Littré, la stratégie est « *l'art de préparer un plan de campagne, de diriger une armée sur les points décisifs ou stratégiques, et de reconnaître les points sur lesquels il faut, dans les batailles, porter les plus grandes masses de troupes pour assurer le succès* ». Adaptée au modèle de l'entreprise de santé, cette définition suggère un chef d'établissement sachant « *diriger, orienter et coordonner pour parvenir aux solutions les plus adéquates face à une situation dans un environnement donné*⁵¹² ». La stratégie peut donc être définie comme « *un choix d'orientation de moyen terme, l'objectif d'être proactif, ou un environnement changeant laissant différents scénarios tactiques ouverts selon l'évolution des marchés et selon les opportunités*⁵¹³ ». Consciemment ou non, chaque entreprise de santé, quelle que soit sa forme ou sa dimension dispose d'une stratégie. Cette stratégie peut revêtir

⁵¹¹ P. LE COHU, J-M. MIR, *op. cit.* p. 28.

⁵¹² P-H. BERNIER, A. GRESILLON, *La GPEC - 2e éd - Construire une démarche de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétence*.

⁵¹³ P-H. BERNIER, A. GRESILLON, *op. cit.*

une dimension plus ou moins approfondie, ou des formes variées. Monsieur Philippe BERNIER et Madame Annabelle GRESILLON distinguent ainsi sept formes de stratégie : La stratégie « *globalisante*⁵¹⁴ », « *décentrée*⁵¹⁵ », « *à court terme*⁵¹⁶ », « *anticipatrice*⁵¹⁷ », « *modulable*⁵¹⁸ », « *par objectif*⁵¹⁹ », et « *par niveau*⁵²⁰ ». Ces auteurs schématisent la stratégie menant à une démarche GPEC sous la forme d'un organigramme. Au sommet de cet organigramme figurerait la « *stratégie globale*⁵²¹ » de l'entreprise, tel que par exemple, le souhait pour une clinique de devenir plus concurrentielle. Cet objectif central et prioritaire se subdiviserait en « *un ensemble de sous stratégies* » impactant les ressources humaines en termes d'emplois, de métiers, d'effectif, de carrière et de compétences. Ce schéma conduit ainsi à la véritable stratégie GPEC, permettant de mettre en œuvre une politique sociale et financière adaptée aux besoins en ressources humaines de l'établissement. La stratégie mise en œuvre par l'établissement devra donc s'ajuster aux particularismes du champ sanitaire et médico-social. En effet, ainsi que l'affirme certaines organisations syndicales, dans une association à but non lucratif « *tout doit être agréé par les tutelles, comment alors discuter de la stratégie avec la direction ?* ». De même, il est particulièrement « *difficile de discuter GPEC, quand parfois, les directeurs eux-mêmes n'ont pas les éléments*⁵²² ».

⁵¹⁴ La stratégie « *globalisante* » consiste à analyser les facteurs et les obstacles au développement de l'entreprise dans sa globalité.

⁵¹⁵ La stratégie « *décentrée* » permet de mettre en œuvre une stratégie partielle à chaque niveau décentralisée de l'entreprise.

⁵¹⁶ La stratégie « *à court terme* » permet de mettre en œuvre une stratégie progressive, évoluant en fonction des mutations de l'entreprise et de l'environnement.

⁵¹⁷ Mise en œuvre sur le long terme, la stratégie « *anticipatrice* » permet d'analyser l'évolution des métiers et des qualifications du secteur d'activité, et d'envisager les nouvelles compétences pour l'entreprise de demain.

⁵¹⁸ La stratégie « *modulable* » consiste à envisager plusieurs voies de développement de l'entreprise, et de choisir celle qui correspond à l'évolution du marché.

⁵¹⁹ La stratégie « *par objectif* » consiste pour l'entreprise à se fixer des objectifs en termes notamment, de développement des nouvelles technologies, de concurrence, ou de développement d'activité, etc.

⁵²⁰ La stratégie « *par niveau* » pourra être mise en œuvre au niveau du groupe, de l'entreprise, de l'établissement, ou d'un service.

⁵²¹ R-A. THIETART, et J-M. XUEREB, propose une définition de la stratégie globale. Selon ces auteurs, il s'agit d'un « *ensemble de décisions qui détermine et relève les objectifs, la mission et les buts, qui produit les principales politiques et plans pour atteindre ses objectifs et définit le domaine d'activité que l'entreprise poursuit, le type d'organisation économique et humaine qu'elle a l'intention d'être et la nature des contributions économiques et non économiques qu'elle a l'intention de faire à ses actionnaires, employés et clients et à la communauté* ». *Stratégies, concepts, méthodes mises en œuvre*, éd. Dunod 2005.

⁵²² Rapport ROUILLEAULT, *op.cit.* p. 57.

342. Par définition, la stratégie est une notion flexible, « faite de mouvements, de réajustements, voire de remises en cause⁵²³ ». La stratégie de l'entreprise de santé évoluera fatalement au gré des réformes législatives, de l'environnement économique, ou du contexte concurrentiel de l'établissement. Pour rester compétitif, ce dernier se devra de modifier sa stratégie de manière à l'ajuster à son environnement externe ou interne. Par ailleurs, afin que le caractère mouvant de la stratégie demeure concordant avec l'obligation d'information et de consultation du CE, les parties seront tenus de définir prioritairement les modalités de communication sur la stratégie dans l'accord GPEC, et particulièrement de rappeler son aspect malléable. En raison de ce caractère flexible, le CE pourra donc recevoir une information sur la stratégie soit périodiquement, soit ponctuellement, ou au moins une fois par an. En pratique, les accords GPEC proposent une définition générale de la stratégie de l'entreprise. La FEHAP propose notamment, dans ses modèles types d'accord GPEC, la définition suivante de la stratégie globale de l'entreprise ou de l'établissement de santé : Il s'agit de « l'ensemble des décisions qui déterminent et révèlent les objectifs, la mission et les buts, qui produit les principales politiques et plans pour atteindre ces objectifs et définit le domaine d'activité que l'entreprise ou l'établissement poursuit, le type d'organisation économique et humaine qu'elle a l'intention d'être et la nature des contributions économiques et non économiques qu'elle a l'intention de faire à ses employés, usagers (patients, clients, résidents...) et aux autorités qui contribuent à son activité. La stratégie est un ensemble d'actions qui réagit aux événements et évolue nécessairement dans le moyen terme⁵²⁴ ».

343. Les membres du CE étant tenus en vertu de l'article L.2325-5 de code du travail, à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel⁵²⁵, l'accord rappellera également le caractère confidentiel de la stratégie. Les partenaires sociaux pourront ainsi retenir la formulation suivante : La stratégie « positionne l'entreprise ou l'établissement par rapport aux autorités de tutelle, aux usagers (patients, clients, résidents...) et à leurs familles, ainsi qu'à tout organisme ou personne extérieure et doit donc nécessairement être confidentielle⁵²⁶ ».

⁵²³ R-A.THIETART, J-M.XUEREB, *Stratégies, concepts, méthodes mises en œuvre*, éd. DUNOD 2005.

⁵²⁴ FEHAP, Modèles d'accords GPEC.

http://www.fehap.fr/DATA/19_4_2010_11_26_37_accordgpec.pdf.

⁵²⁵ Cass. soc., 12 juill.2006, n°04-47.558 P.

⁵²⁶ FEHAP, *op. cit.*

344. Enfin, il pourra être utile de rappeler que le choix de la stratégie mise en œuvre relève de la seule responsabilité du dirigeant. *« Elle demeure donc une prérogative de la Direction qui, seule, doit assumer la responsabilité d'apprécier les orientations et l'intérêt objectif de l'entreprise à moyen terme⁵²⁷ ».*
345. Cette définition contractuelle de la stratégie est essentielle pour poursuivre les négociations avec les partenaires sociaux. Si elle demeure bien souvent révélatrice de la nature de l'établissement concerné, elle permet également de fixer les termes du débat et de régler les litiges opposants les syndicats à l'employeur. Certains syndicalistes regretteront ainsi que le texte initial mentionnait explicitement la nécessité de *« négocier sur la stratégie »*, alors que le texte définitif se contente de faire référence aux *« modalités d'information et de consultation sur la stratégie. Dommage !⁵²⁸ »*. Globalement, pour les syndicats, *« la GPEC doit être liée à la stratégie, et pas seulement aux métiers⁵²⁹ »*. Monsieur P. Y CHANU, Conseiller Confédéral activités économiques CGT, précisera ainsi que *« la définition de la stratégie qui nous convient le mieux, est celle qui nous permet d'intervenir le plus largement sur la marche de l'entreprise »*.

B- Les effets prévisibles sur l'emploi et les salaires de la stratégie

346. Après avoir procédé à la définition des modalités de communication sur la stratégie, les parties pourront être à même de déterminer les conséquences prévisibles de cette stratégie sur l'emploi et les salaires. En visant *« l'emploi »*, le texte fait précisément référence aux effectifs de l'entreprise. Certains auteurs considèrent ainsi qu'il existe une *« confusion⁵³⁰ »* entre le premier et le deuxième thème de la négociation triennale, à savoir, entre l'obligation d'information-consultation du CE et la mise en œuvre du dispositif GPEC dont l'objectif est la réalisation de l'inventaire des ressources humaines existantes au niveau quantitatif et qualitatif.
347. Dans le cadre de cette analyse des effets prévisibles de la stratégie sur l'emploi, le CE ou le CCE pourra être informé et consulté sur l'évolution des emplois et des qualifications

⁵²⁷ FEHAP, *op. cit.*

⁵²⁸ Rapport ROUILLEAULT, *op.cit.* p. 57. Propos de F Blanche, délégué CGT.

⁵²⁹ Rapport ROUILLEAULT, *op.cit.* p. 57.

⁵³⁰ P. LE COHU, J-M. MIR, *op. cit.* p. 30.

dans l'entreprise. L'information portera notamment sur : *« les outils relatifs à la GPEC existants dans l'établissement ou l'entreprise ; les prévisions annuelles ou pluriannuelles ; les actions de prévention et de formation envisagées particulièrement au bénéfice des salariés âgés ou ceux exposés le plus aux conséquences de l'évolution économiques ou technologiques ; la stratégie de l'entreprise ou de l'établissement ainsi que ses effets prévisibles sur l'emploi et les salaires ; la gestion et l'évolution économique et financière de l'entreprise ou de l'établissement ; la réorganisation de l'entreprise ou de l'établissement ; l'organisation collective du travail ; ou bien la formation professionnelle⁵³¹ »*.

348. Il sera également possible d'associer la commission formation du CE à cette procédure d'information consultation. Celle-ci aura très certainement un rôle majeur à jouer dans les incidences de la stratégie sur l'emploi des salariés. Elle pourra notamment participer à l'identification des métiers dits sensibles, envisager les passerelles possibles entre certains métiers, ou bien proposer des formations professionnelles au regard de l'évolution des métiers, par le biais du plan annuel de formation, du DIF, du Congé Individuel de Formation (CIF), de la VAE, ou du tutorat.

349. Concernant les incidences de la stratégie sur les salaires, il semble que très peu d'accord GPEC aient pris le risque de traiter de ce point particulier, préférant certainement que ce thème soit abordé à l'occasion de la Négociation Annuelle Obligatoire (NAO) sur les salaires.

350. Outre l'information-consultation du CE sur la stratégie de l'entreprise, l'établissement de santé devra nécessairement traiter d'un deuxième thème obligatoire relatif à la mise en place d'un dispositif GPEC (II).

II- La mise en place d'un dispositif GPEC

351. La mise en place du dispositif GPEC constitue le deuxième thème obligatoire auquel devront s'attacher la direction ainsi que les partenaires sociaux de l'entreprise de santé. Ce thème consiste en la réalisation d'un inventaire des ressources humaines, dont les résultats seront confrontés à l'estimation des besoins de l'entreprise, en fonction de la réalisation de ses

⁵³¹ FEHAP, *op. cit.*

axes stratégiques. Le dénombrement des ressources humaines de l'établissement, communément appelé « *l'existant*⁵³² », sera ainsi comparé aux besoins, c'est-à-dire au « *souhaitable*⁵³³ », compte tenu des objectifs stratégiques de ce dernier. La comparaison de ces résultats sera l'occasion de décliner les actions futures que l'entreprise de santé devra mettre en œuvre, afin de réaliser ses objectifs stratégiques.

352. La mise en œuvre d'un dispositif GPEC suppose ainsi la réalisation de quatre étapes de travail, considérées par Monsieur L. MALLET⁵³⁴ comme le schéma de base de la gestion prévisionnelle de l'emploi. Ces quatre étapes sont successivement matérialisées par la réalisation d'un inventaire des ressources actuelles à un instant « *T* », l'analyse des ressources futures à l'horizon « *X* », l'analyse des écarts entre ces deux étapes, et enfin la mise en œuvre d'une politique d'ajustement.

353. La première phase d'une démarche GPEC dite « *classique*⁵³⁵ » consiste donc en la réalisation d'un inventaire des ressources humaines recensant tant le nombre d'effectifs travaillant dans tel ou tel service⁵³⁶, que les compétences de ces personnels. L'analyse des compétences pourra notamment être réalisée par l'intermédiaire d'un référentiel compétences, ou bien d'un entretien professionnel permettant d'identifier les différents parcours professionnels des individus ainsi que leurs aspirations en termes d'évolution professionnelle.

354. La deuxième phase du dispositif consiste ensuite à déterminer les ressources nécessaires en termes d'effectifs, de métiers, et de compétences, ceci afin de répondre aux objectifs stratégiques de l'établissement.

355. En troisième lieu, une analyse des écarts entre les deux étapes précédentes, permettra de comparer « *l'existant* » au « *souhaitable* », en fonction de la stratégie et de l'environnement de l'entreprise. Cette analyse permettra ainsi d'identifier les excédents ou les carences en termes d'emploi et d'accéder aux finalités stratégiques de l'entreprise.

⁵³² P. LE COHU, J-M. MIR, *op. cit.* p.34.

⁵³³ P. LE COHU, J-M. MIR, *op. cit.* p.34.

⁵³⁴ L. MALLET, *Gestion prévisionnelle de l'emploi des ressources humaines*, Paris, Editions Liaisons, 1991.

⁵³⁵ P. LE COHU, J-M. MIR, *op. cit.* p.34.

⁵³⁶ L'inventaire du nombre de ressources humaines travaillant dans l'établissement devra notamment permettre d'identifier les types de contrats, le taux d'absentéisme, le turn-over, ou bien encore la pyramide des âges par service.

356. Enfin, la dernière étape de la démarche consiste à définir une politique d'ajustement entre les ressources humaines existantes, et les besoins futurs de l'entreprise. La politique d'ajustement mise en œuvre devra donc intégrer les solutions aux problèmes de sureffectifs ou de sous-effectifs, notamment par l'élaboration de mesures de restructurations, de mobilité, de rupture de contrats de travail ou bien encore de recrutements.
357. Les quatre étapes présentées ci-dessus représentent donc le modèle d'une démarche GPEC dite « *classique* ». Pour autant, de nombreux accords émanant du champ sanitaire et médico-social, ont adapté ce modèle en y apportant quelques spécificités propre au secteur. L'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France (ARHIF) propose notamment sa propre méthode de mise en œuvre du dispositif GPEC. De nombreux accords émanant du champ de l'hospitalisation se sont donc très largement inspirés de cette méthode déclinée en quatre volets, et articulée autour de deux axes de réflexion : la gestion actuelle et la gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences.
358. Le premier volet de la démarche relative à la « *gestion actuelle des effectifs*⁵³⁷ », a pour objet de permettre à l'établissement de connaître ses effectifs par métiers. Chaque établissement pourra notamment rattacher ses effectifs au répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.
359. Le deuxième volet de la démarche intitulé « *gestion actuelle des compétences*⁵³⁸ », a pour objectif d'identifier les niveaux de compétences des salariés par métiers. Cette étape pourra notamment être réalisée par l'intermédiaire d'outils tels qu'une grille de compétences ou un référentiel de compétences. Certains accords, tel que celui du Centre Médico Chirurgical de l'Europe⁵³⁹ (CMCE), proposent ainsi de « *se doter de logiciel de gestion des ressources humaines permettant de traduire en termes de métiers, emplois et postes, les objectifs de l'établissement, d'évaluer et de développer des ressources humaines afin d'accompagner les mutations de l'organisation*⁵⁴⁰ ».

⁵³⁷ Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France (ARHIF), *Démarche « métiers – compétences 2012 »*, *Guide pratique de mise en œuvre à destination des établissements de santé*.

⁵³⁸ ARHIF, *op. cit.*

⁵³⁹ Accord CMCE signé le 25 sept. 2008 entre le Président Directeur Général et la CFDT, CGC, CGT, et FO.

⁵⁴⁰ Accord CMCE relatif à la GPEC.

360. Le troisième volet de la démarche relatif à la « *gestion prévisionnelle des effectifs* ⁵⁴¹ », a pour finalité d'anticiper les évolutions quantitatives des effectifs de l'établissement. Cette gestion prévisionnelle pourra être envisagée grâce à la construction de pyramides des âges, de tableaux de prévision des départs en retraite, ou bien des tableaux des flux entrants et sortants et de projection des effectifs.
361. Enfin, le quatrième volet de la démarche préconisée par l'ARHIF, relative à la « *gestion prévisionnelle des compétences* ⁵⁴² », va permettre à l'établissement d'anticiper le contenu des métiers et de mettre en œuvre des actions auprès des salariés pour accompagner ces évolutions. A cette fin, il est recommandé de prendre en considération les « *10 facteurs d'évolutions identifiés par la DHOS* ⁵⁴³ », ou bien les travaux de recherche réalisés par l'ARHIF dans le cadre de la démarche « *métiers-compétences 2012* ⁵⁴⁴ » et visant à décrire 9 métiers émergents.
362. Dans tous les cas, la direction et les partenaires sociaux doivent s'accorder sur la méthode, c'est-à-dire « *la manière de mener, selon une démarche raisonnée, une action ou un travail* ⁵⁴⁵ » de GPEC. Il ne s'agit donc aucunement de négocier sur les « *résultats GPEC* ⁵⁴⁶ ». Si l'on recense les méthodes retenues par les accords GPEC du secteur sanitaire et médico-social ⁵⁴⁷, on constate qu'un grand nombre d'accords rappellent le rôle prépondérant de la Direction qui doit certes valider la démarche, mais surtout l'inscrire dans la stratégie de l'établissement. A cet égard, un chef de projet et une équipe projet sont souvent désignés pour conduire la démarche. En outre, de nombreux accords soulignent l'importance du rôle des
-
- ⁵⁴¹ ARHIF, *op. cit.*
- ⁵⁴² ARHIF, *op. cit.*
- ⁵⁴³ Ministère de la santé et des solidarités, DHOS, *Facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations. Etude prospective sur les métiers de demain : tendances d'évolution à 5/10 ans.* Mars 2007. Dans le cadre de cette étude, 10 facteurs d'évolution des métiers ont été identifiés : 1- Evolution démographique, 2- Evolution de la demande des usagers, 3- Evolution de l'organisation de l'offre de soins, 4- Evolution des pratiques de soins, 5- Evolution des technologies médicales, de l'innovation, de la recherche, 6- Evolution économique, 7- Evolution de l'organisation interne et du management, 8- Evolution des systèmes d'information et de gestion des flux, 9- Evolution des politiques de qualité et de gestion des risques, 10- Evolution du système de formation professionnelle initiale et continue.
- ⁵⁴⁴ ARHIF, *op. cit.*
- ⁵⁴⁵ Définition du terme « *méthode* » dans le dictionnaire Larousse.
- ⁵⁴⁶ P. LE COHU, J-M. MIR, *op. cit.* p.36.
- ⁵⁴⁷ Dans son guide pratique relatif à la mise en œuvre d'une démarche GPEC, l'ARHIF présente notamment les modalités de pilotage et les gains d'une démarche « *métiers-compétences* », à travers l'exemple concret de l'Association de Santé Mentale du 13^{ème} arrondissement de Paris (ASM13).

partenaires sociaux dans leur accord GPEC. En effet, le respect du dialogue social par la mise en œuvre de consultations du CE ou de commissions paritaires GPEC, ne peuvent que renforcer la portée de l'accord conclu entre les parties. La communication constitue également un facteur important de réussite de la démarche. De nombreux accords du champ sanitaire et médico-social envisagent donc l'organisation de réunions du personnel, d'encadrement, ou bien avec le CE voire le CCE, ceci afin d'informer l'ensemble du personnel de l'enjeu et du bienfondé de la démarche. Enfin, envisager la création de nouveaux outils ou l'utilisation d'outils existants tel que des référentiels compétences, entretiens professionnels, pyramides des âges, ou l'utilisation des travaux de l'observatoire des métiers de la fonction publique hospitalière, trouvent fréquemment une place prépondérante au sein de la majorité des accords GPEC.

363. Parmi les thèmes devant nécessairement être abordés au sein d'une négociation GPEC, les mesures d'accompagnement du dispositif en termes de formation ou de proposition de mobilité, font également l'objet d'une attention particulière de la part des intervenants à la négociation (III).

III- Les mesures d'accompagnement susceptibles d'être associées à la GPEC

364. L'article L.2242-15 du Code du travail impose aux entreprises d'entamer des négociations sur les mesures d'accompagnement susceptibles d'être associées à la GPEC, à savoir, sur la formation, la VAE, le bilan de compétences et l'accompagnement de la mobilité professionnelle et géographique. Cette liste n'est toutefois pas limitative, et pourra être complétée par l'établissement au moyen d'autres mesures d'accompagnements.
365. Dans leur globalité, l'ensemble de ces mesures d'accompagnement viennent s'inscrire dans une logique de « *sécurisation des parcours professionnels* », notion introduite par les Accords Nationaux Interprofessionnels (ANI) des 5 décembre 2003 et 11 janvier 2008. Pour autant, aucun texte ne définit clairement les conditions d'existence du parcours professionnel du salarié. Débute-t-il lors de l'entrée dans l'emploi, dans la formation ou au contraire lors d'une rupture d'emploi ? En outre, le parcours prend-il fin lors de l'entrée dans un emploi stable, ou par l'obtention d'un diplôme ou d'une qualification. Par ailleurs, existe-t-il un ou plusieurs sortes de parcours professionnels, et comment les définit-on ? Pour le Fond Social

Européen, un « *parcours dit d'insertion réussit est l'accès à une formation qualifiante ou à un emploi de plus de 6 mois*⁵⁴⁸ ». La circulaire DGEFP du 14 novembre 2006⁵⁴⁹ précise quant à elle que le développement des parcours individuels est caractérisé dès lors « *qu'une personne participe consécutivement à différentes séquences, même si ces séquences ne sont pas toutes assimilables en elles-mêmes à des actions de formation, mise en situation de production tutorée ou accompagnée, évaluation en fin de formation ou après un délai d'occupation de poste etc.*⁵⁵⁰ ». Les actions de formation professionnelles participant à la sécurisation doivent donc s'inscrire dans « *une logique d'intervention préventive et prospective*⁵⁵¹ ». Dans le cadre d'une démarche GPEC, l'employeur devra donc mettre en œuvre des droits collectifs à la portée des individus, et garder à l'esprit que « *toute sécurisation des parcours s'appuie sur une nécessaire sécurisation juridique, tant par la clarté que par la stabilisation des règles, de façon à permettre l'anticipation des acteurs et l'évaluations du respect des engagements pris et de leurs résultats*⁵⁵² ».

366. La formation constitue la pièce centrale des mesures d'accompagnement susceptibles d'être associée à la GPEC. Le plan de formation regroupant « *l'ensemble des actions de formation retenues par l'employeur pour développer ou adapter les compétences de ses salariés*⁵⁵³ », devra donc être construit en lien avec la démarche GPEC. En vertu de son pouvoir discrétionnaire, l'employeur pourra définir ses orientations en termes de formation professionnelle, et faire un choix quant à la catégorie de salarié qu'il juge prioritaire pour un départ en formation. Tout plan de formation réalisé dans le cadre d'une démarche GPEC relève donc de la stratégie de l'employeur qui pourra éventuellement orienter son plan vers un objectif général de maintien dans l'emploi des salariés ou de développement des compétences.

367. Les mesures prises en faveur du DIF, trouveront également une place de choix au sein des accords GPEC. Beaucoup d'accords introduisent ainsi des mesures permettant au salarié

⁵⁴⁸ Conseil National de la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie (CNFPTLV), *La sécurisation des parcours professionnels par la formation*, Fév. 2008, p.3.

⁵⁴⁹ Circulaire DGEFP (Délégation Générale de l'Emploi et de la Formation Professionnelle) n° 2006/35 du 14 novembre 2006 relative à l'action de formation et aux prestations entrant dans le champ de la formation professionnelle continue.

⁵⁵⁰ Circulaire DGEFP n° 2006/35 du 14 novembre 2006, *op. cit.*

⁵⁵¹ Conseil National de la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie (CNFPTLV), *op. cit.*

⁵⁵² Circulaire DGEFP n° 2006/35 du 14 novembre 2006, *op. cit.* p.7.

⁵⁵³ FEHAP, *Fiches pratiques relatives à la formation professionnelles. Le plan de formation.*
http://www.fehap.fr/DATA/15_1_2012_16_35_46_plan%20de%20formation%203.pdf.

de compléter les heures acquises au titre du DIF avec les heures issues du plan de formation, ou bien d'anticiper sur une ou plusieurs années ses heures de DIF. Précisons toutefois, que si la formation professionnelle fait partie intégrante de la sécurisation des parcours, elle n'en demeure moins pas qu'une simple partie. En effet, la VAE, le bilan de compétence et la mobilité constituent d'autres facteurs de sécurisation susceptibles d'impulser une démarche GPEC.

368. La VAE⁵⁵⁴, dont l'objectif est de « *valoriser ou reconnaître les connaissances et compétences acquises durant la vie professionnelle ou non, en vue de l'accès à une certification ou à une formation*⁵⁵⁵ », concerne de nombreux diplômes, titres et certificats de qualification professionnelle. Pour autant, elle demeure limitée dans le secteur sanitaire par la notion d'exercice illégal de la médecine. Dans le cadre d'une démarche GPEC, un accord pourra ainsi envisager de prendre en charge les frais afférents à la VAE de certaines catégories de salariés.

369. La mobilité, constitue également un levier incontournable accompagnant toute démarche GPEC. Elle se traduit par un changement de situation personnelle du salarié. Souvent perçue de manière négative ou péjorative car assimilée à la mutation-sanction ou à la précarité, la mobilité n'en demeure pas moins une réponse appropriée aux impératifs d'adaptation de l'emploi, d'évolution des métiers, et d'aspiration des salariés. Il existe plusieurs formes de mobilité. La « *mobilité horizontale ou professionnelle* » correspondant à un véritable changement de métier. La « *mobilité géographique* », quant à elle, ne constituant qu'un simple changement de lieu de travail avec maintien du métier et des qualifications. Enfin, la « *mobilité verticale* » est la conséquence d'une promotion accompagnée de changement de grade, de classification et de rémunération. Toutes ces formes de mobilité engagées au cours d'une démarche GPEC, visent à redéployer les ressources humaines en fonction de l'analyse des besoins. Les accords GPEC instaurant des mesures de mobilité devront nécessairement procéder à l'accompagnement des salariés en parcours de mobilité. Cet accompagnement pourra consister en un programme de formation d'adaptation au poste ou de reconversion professionnelle. Dans le cadre de mutations géographiques, l'accord pourra également introduire des mesures de prise en charge des frais de déménagement.

⁵⁵⁴ La VAE a été instaurée par la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

⁵⁵⁵ FEHAP, *Fiches pratiques relatives à la formation professionnelle. La VAE.*
<http://www.fehap.fr/fichiers/fiches-pratiques/VAE2.pdf>.

370. En outre, le bilan de compétence constitue un des outils de base de toute démarche GPEC. Il offre la possibilité aux salariés de faire le point sur leurs compétences, aptitudes, motivations, et de définir un projet professionnel ou de formation. Le bilan de compétences est souvent associé à l'entretien professionnel⁵⁵⁶ qui bien souvent est l'occasion pour le salarié de faire le point, et de faire valoir ses compétences, aspirations et projets professionnels ou personnels.
371. Parmi les autres mesures, le passeport formation représente un outil de suivi récapitulant aussi bien les diplômes, titres et certifications acquises par la formation initiale ou continue, que les expériences et compétences du professionnel. Le passeport pourra ainsi être analysé par l'employeur au cours d'un parcours de mobilité interne ou externe du salarié. Précisons que l'on retrouve également dans beaucoup d'accord GPEC des mesures en faveur de la « *diffusion d'offres d'emplois disponibles*⁵⁵⁷ », ceci afin de favoriser les démarches de mobilité volontaires. Enfin, la période de professionnalisation ainsi que le tutorat font également l'objet d'une attention particulière lors de l'élaboration d'accord GPEC. La période de professionnalisation a pour objet de « *favoriser le maintien dans l'emploi et une progression des compétences, notamment en seconde partie de carrière*⁵⁵⁸ ». Le tutorat est quant à lui souvent utilisé dans les établissements médico-sociaux afin d'accompagner les salariés en cours de contrat d'apprentissage ou de professionnalisation.
372. Le dernier thème obligatoire que les parties devront intégrer à leur négociation visera la situation des seniors dans l'entreprise et plus précisément l'accès et le maintien dans l'emploi des salariés âgés (IV).

⁵⁵⁶ L'ANI du 5 déc. 2003 relatif à la formation professionnelle prévoit la mise en œuvre d'un entretien professionnel tous les deux ans, pour tous les salariés ayant au moins deux ans d'ancienneté dans l'entreprise.

⁵⁵⁷ FEHAP, *Modèles d'accords GPEC*.

http://www.fehap.fr/DATA/19_4_2010_11_26_37_accordgpec.pdf.

⁵⁵⁸ FEHAP, *Fiches pratiques relatives à la formation professionnelle, Les périodes de professionnalisation*.

FEHAP, *Modèles d'accords GPEC*.

http://www.fehap.fr/DATA/19_4_2010_11_26_37_accordgpec.pdf.

IV- Accès et maintien dans l'emploi des salariés âgés

373. Si la loi BORLOO du 18 janvier 2005 a fixé comme thème obligatoire de la GPEC l'accès et le maintien dans l'emploi des salariés âgés, précisons que la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites avait déjà imposé aux entreprises comportant une ou plusieurs sections syndicales, de négocier sur les conditions d'accès et de maintien dans l'emploi des salariés âgés. Dans un « *contexte d'allongement de la vie professionnelle*⁵⁵⁹ », la séniorité est devenue une des préoccupations majeures des pouvoirs publics soucieux de « *maintenir l'équilibre de nos caisses de retraites*⁵⁶⁰ » et l'emploi des seniors dans l'entreprise.
374. L'introduction de la gestion des âges dans un accord GPEC permet ainsi de répondre à de nombreux enjeux auxquels sont confrontés les établissements de santé. Etablir une visibilité des métiers concernés par l'impact des évolutions démographiques, anticiper les effets du vieillissement des salariés et donc de la pénibilité sur les parcours professionnels, prévenir l'usure professionnelle, la démotivation ou la perte de compétence, constituent en effet des impératifs auxquels doivent nécessairement répondre les établissements de santé.
375. Après avoir souligné en préambule de l'accord les enjeux démographiques de la GPEC pour l'établissement de santé, la direction et les partenaires sociaux pourront introduire des mesures en faveur du maintien dans l'emploi des personnes en fin de carrière ayant pour objectif l'amélioration des conditions de travail. L'établissement pourra ainsi proposer des aménagements d'horaires, des actions de prévention de santé, ou bien encore des actions relatives à la réduction des contraintes ergonomiques des postes. Il sera également possible de faciliter pour les fins de carrière le passage à temps partiel, ou de proposer des affectations vers des postes moins exposés aux contraintes physiques, ou d'autres fonctions d'expertises.
376. Une section de l'accord relative à la seconde partie de carrière, mise en œuvre à partir de 45 ans, pourra notamment envisager des mesures préventives de gestion des compétences incluant des entretiens réguliers de carrière à partir de 45 ans, une valorisation du tutorat et du

⁵⁵⁹ F. CHAPPERT, *La gestion des âges au travers des accords de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*. ANACT, Département Compétence, Emploi, Travail. « *S'engager pour une gestion active des âges : des grandes entreprises témoignent* ». Journée d'échange partenaires sociaux, ANACT, 16 oct. 2007, Paris.

⁵⁶⁰ F. CHAPPERT, *op. cit.*

parrainage, une période professionnalisation, ou un principe général de vigilance sur la non-discrimination par l'âge.

377. Si les thèmes dits obligatoires présentent un caractère impératifs pour les négociateurs, les thèmes dits facultatifs peuvent également se révéler primordiaux dans un contexte de tension économique (§2).

§2- Les thèmes facultatifs

378. La direction de l'établissement de santé ainsi que les partenaires sociaux ont la possibilité d'orienter la négociation triennale vers quatre thèmes non obligatoires explicitement mentionnés dans le code du travail.

379. Le premier de ces sujets est visé par l'article L.2242-16⁵⁶¹ du code du travail, qui précise que la négociation pourra porter de manière optionnelle sur « *les modalités d'information et de consultation du comité d'entreprise applicables lorsque l'employeur projette de prononcer le licenciement d'au moins dix salariés dans une période de trente jours*⁵⁶² » (I). Selon cet article, les négociations pourront également s'orienter vers « *l'organisation d'actions de mobilité professionnelle et géographique au sein de l'entreprise et du groupe*⁵⁶³ », « *les conditions dans lesquelles le plan de sauvegarde de l'emploi fait l'objet d'un accord*⁵⁶⁴ », ainsi que sur « *l'anticipation du contenu du plan de sauvegarde*⁵⁶⁵ ».

380. En outre, un deuxième thème facultatif de négociation est dicté aux articles L.1233-77 et L.1233-83, qui prévoient qu'un « *congé de mobilité* » (II) peut être proposé au salarié, par l'employeur qui conclut un accord de GPEC.

381. En guise de troisième thème, l'article L.2242-16 précise que les représentants des salariés et des employeurs peuvent aussi définir « *les catégories d'emplois menacés par les évolutions technologiques ou économiques* » (III).

⁵⁶¹ Selon l'art. L.2242-16 c. travail, La négociation triennale peut également porter sur les matières mentionnées aux articles L.1233-21 et L.1233-22 du c. travail.

⁵⁶² Art. L.1233-21 du Code du travail. Ancien art. L.320-3, al. 1.

⁵⁶³ Art. L.1233-22 du Code du travail.

⁵⁶⁴ Art. L.1233-22 du Code du travail.

⁵⁶⁵ Art. L.1233-22 du Code du travail.

382. Enfin, en vertu de l'article L.1233-85, les parties pourront envisager de négocier sur un quatrième thème traitant de mesures relatives à « *l'industrialisation des bassins d'emploi* » (IV).

383. Les quatre volets facultatifs de la GPEC traitent respectivement de la problématique du sureffectif, et par là même de l'amalgame existant entre la GPEC et le licenciement économique. Ce sujet polémique opposant certains courants doctrinaux et juridictionnels nécessite que l'on s'attache à chacun de ces thèmes, certes facultatifs, mais au combien d'actualité juridique.

I- Les modalités d'information-consultation du CE applicables lorsque l'employeur projette de prononcer le licenciement économique d'au moins dix salariés dans une même période de trente jours.

384. Par cette mesure, le législateur marque sa volonté de perpétuer les accords de méthodes⁵⁶⁶. Ces accords collectifs dits dérogatoires, offrent la possibilité aux partenaires sociaux de définir un certain nombre de dispositions, le cas échéant dérogatoires, en cas de projet de licenciement collectif de 10 salariés au moins, par une société qui en emploie au moins 50. Ce type d'accord permettant de déroger à la loi dans un sens moins favorable pour les salariés, est tantôt perçu comme une faculté de conclure des accords « *gagnant-gagnant*⁵⁶⁷ », tantôt comme une véritable « *régression du droit du travail*⁵⁶⁸ ». Souvent perçus par les partenaires sociaux comme un simple moyen de « *transiger autour d'un ensemble contractuel dans lequel chacune des parties abandonne des avantages pour obtenir des contreparties*⁵⁶⁹ », les accords de méthode n'autorisent pour autant qu'un certains nombres de dérogations limitées et strictement encadrées par le code du travail. En effet, si l'on procède à une comparaison des articles L.1233-22⁵⁷⁰ et L.1233-23⁵⁷¹ du code du travail, on constate que

⁵⁶⁶ Institués de manière expérimentale par la loi n° 2003-6 du 3 janvier 2003, les accords de méthode ont été élargis et confirmés par la loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005, et sont aujourd'hui codifiés à l'article L. 1233-21 du Code du travail.

⁵⁶⁷ C. BAUGMARTEN, *Les accords de méthode*. Semaine sociale Lamy Supplément, 22 déc. 2008, n°1380, p. 27.

⁵⁶⁸ C. BAUGMARTEN, *op. cit.*

⁵⁶⁹ C. BAUGMARTEN, *op. cit.*

⁵⁷⁰ L'article L.1233-22 du Code du travail, fixe le contenu des accords de méthode.

⁵⁷¹ L'article L.1233-23 du Code du travail, détermine quant à lui les règles auxquelles l'accord ne peut déroger.

le premier autorise certes des dérogations, mais que le deuxième au contraire définit des interdictions de déroger.

385. En vertu du premier article L.1233-22, l'accord de méthode conclu dans le cadre d'une GPEC peut prévoir des dispositions moins favorables que celles prévues par la loi concernant le nombre, les délais et les modalités d'articulation entre les réunions avec les institutions représentatives du personnel. Dans les entreprises à établissements multiples, l'accord peut également prévoir des dérogations concernant les modalités d'articulation entre les consultations du comité d'établissement et du CCE. Enfin, il pourra traiter des conditions dans lesquelles le CE est réuni et informé sur la situation économique et financière de l'entreprise. En cas de négociation « à chaud », l'établissement de santé pourra donc tenter de conclure un accord de méthode afin de « *déterminer les conditions dans lesquelles l'établissement du plan de sauvegarde de l'emploi fait l'objet d'un accord et anticiper le contenu de celui-ci*⁵⁷² ». Cependant, l'utilisation de ce type d'accord par l'employeur demeure limitée. En effet, aux termes de l'article L.1233-23, ce dernier ne pourra jamais déroger à ses obligations relatives au reclassement, à l'adaptation au poste, et au respect de l'ordre des licenciements ou des critères de licenciement. Par ailleurs, le contenu du PSE devra demeurer substantiel, et proposer des mesures solides pour sauvegarder l'emploi des salariés. La direction de l'établissement devra donc faire preuve de vigilance quant au contenu de l'accord qui ne pourra, en tout état de cause, déroger aux règles relatives aux contrôles de l'administration, aux délais d'envoi des lettres de licenciement, et à la procédure relative au redressement et à la liquidation judiciaire. Enfin précisons que l'accord ne pourra en aucune manière déroger au droit pour le CE de désigner un expert-comptable au titre des relations individuelles de travail ou dans le cadre de l'exercice du droit d'alerte.

386. De manière optionnelle, l'établissement de santé pourra donc tenter de conclure un accord de méthode avec les partenaires sociaux dans le cadre d'une démarche GPEC. Ces accords dérogatoires offrant finalement peu de possibilité aux établissements, présentent également un certain « *danger*⁵⁷³ » pour la représentation du personnel « *symboliquement*

⁵⁷² Art. L. 1233-22 c. travail.

⁵⁷³ C. BAUGMARTEN, *op. cit.*

*affaiblie*⁵⁷⁴ », par cette forme de « *contractualisation de la procédure de consultation du CE et du PSE*⁵⁷⁵ ».

II- Le congé de mobilité

387. Le congé de mobilité constitue un outil préventif favorisant la réduction des effectifs, fondé sur le volontariat⁵⁷⁶. En effet, cette forme de congé négocié dans le cadre d'un accord GPEC, a vocation à favoriser la mobilité des salariés dont l'emploi est menacé, par la mise en œuvre de mesures d'accompagnement, d'actes de formation, et de périodes de travail en dehors de l'entreprise. Ces mesures ne pourront être instaurées que dans les entreprises occupant au moins 1000 salariés, ayant procédé à l'information-consultation des représentants du personnel sur les motifs économiques justifiant le recours à ce type de congé. Si le congé de mobilité repose sur le principe du volontariat, ses modalités de mise en œuvre devront être clairement identifiées dans un accord. La direction et les partenaires sociaux devront donc s'entendre quant à la durée du congé, les conditions que doit remplir le salarié pour en bénéficier, les modalités d'adhésion, l'organisation des périodes de travail pendant le congé, la rémunération pendant le congé et le montant des indemnités versées. Précisons que l'adhésion au congé de mobilité par le salarié entraînera, *de facto*, la rupture du contrat d'un commun accord pour motif économique, formalisée par une convention de rupture.

III- Les catégories d'emplois menacés par les évolutions technologiques ou économiques

388. La direction de l'établissement et les partenaires sociaux pourront éventuellement orienter leur débat vers les emplois dits « *sensibles* », qualifiés d'emplois menacés par les évolutions techniques et technologiques. Cette qualification d'emplois sensibles va permettre aux salariés acceptant un de ces emplois, de quitter volontairement l'entreprise, et par là même, de bénéficier d'une indemnité de départ volontaire soumise à un régime fiscal et social favorable⁵⁷⁷. Pour que cette mesure puisse être mise en œuvre, l'établissement de santé devra

⁵⁷⁴ C. BAUGMARTEN, *op. cit.*

⁵⁷⁵ C. BAUGMARTEN, *op. cit.*

⁵⁷⁶ C. HILLIG POUDEVIGNE, *Congé de mobilité, un outil plus souple de réduction de l'effectif fondé sur le volontariat*. L'usine nouvelle, 22 avril 2010, n°3189, p. 64.

⁵⁷⁷ L'indemnité de départ volontaire versée dans cette hypothèse bénéficie d'une exonération de charges sociales et de l'impôt sur le revenu dans la limite de 4 fois le plafond de la sécurité sociale. Par

s'assurer que la qualification d'emplois menacés n'a pas fait l'objet d'une opposition préfectorale. En outre, il conviendra de s'assurer qu'à la date de rupture du contrat de travail, le salarié a effectivement retrouvé un emploi « stable »⁵⁷⁸. Enfin, un comité de suivi de l'accord devra être instauré, ceci afin de valider les différentes qualifications d'emplois menacés, et d'emplois stables. Beaucoup s'interrogent quant à la qualification juridique de la rupture du contrat dans ce type d'hypothèse⁵⁷⁹. S'agit-il d'un licenciement pour motif économique ou d'une forme de rupture conventionnelle ? Si les textes font effectivement référence au « *départ volontaire des salariés* », la cause première de la rupture demeure la cause économique. Il est ainsi possible d'envisager que dans une telle hypothèse, un salarié revendique la requalification de la rupture de son contrat, en un licenciement pour motif économique sur le fondement de L.1233-3 du Code du travail.

IV- Revitalisation des bassins d'emploi

389. L'article L.1233-85 prévoit la possibilité de négocier dans l'accord GPEC, des « *mesures sur l'industrialisation des bassins d'emploi* ». Tout comme n'importe qu'elle entreprise, l'établissement de santé pourrait donc envisager de proposer des aides à l'implantation d'entreprises sur un bassin d'emploi, ceci afin d'élargir le champ de reclassement des salariés couvert par l'accord.

Conclusion Section 2

390. En conclusion de cette section 2 relative au contenu des accords GPEC, nous constatons que le code du travail vise des thèmes obligatoires que l'établissement de santé se devra de négocier. Néanmoins, en fonction du contexte économique, ce dernier pourra également être tenu de négocier des thèmes facultatifs, primordiaux pour garantir la sauvegarde des emplois de l'établissement.

ailleurs, elle est de la CSG-CRDS dans la limite du montant minimum légal ou conventionnel de l'indemnité de licenciement.

⁵⁷⁸ L'emploi qualifié de « stable » peut être un CDI, un CDD d'au moins six mois, une mission de travail temporaire d'au moins six mois, une création ou une reprise d'entreprise.

⁵⁷⁹ P. LE COHU, J-M. MIR, *op. cit.* p.52.

391. Par ailleurs, les thèmes facultatifs évoqués dans le code du travail révèlent l’ambivalence du législateur quant à l’autonomie de la GPEC à l’égard du licenciement économique. En effet, au regard, du 1^{er} et du 4^{ème} thème optionnel traitant de la procédure de licenciement économique et de mesures relatives à l’industrialisation des bassins d’emploi, on peut considérer que le législateur a manifesté sa volonté de détacher la GPEC du licenciement économique. Assurément, au regard de ces articles, la GPEC n’apparaît pas comme étant la solution « *miracle*⁵⁸⁰ » permettant d’éviter un licenciement économique. En revanche, les deux autres thèmes relatifs au congé de mobilité et à la qualification des catégories d’emplois menacés par les évolutions économiques et technologiques sont plus équivoques et marque un rapprochement entre GPEC et licenciement économique. Par ces dispositions, il apparaît que le législateur facilite la mise en œuvre de modes de rupture du contrat pour motif économique de manière « *plus souple*⁵⁸¹ » que dans l’hypothèse d’un licenciement économique.

Conclusion Chapitre

392. En toute hypothèse, nous constatons que tant dans le déroulement de la négociation que dans la conclusion d’un accord GPEC, rien n’est laissé au hasard. Au regard des difficultés économiques ou des tensions sociales existantes au sein de l’établissement, la direction devra faire le choix d’orienter les négociations vers des thèmes obligatoires mais aussi facultatifs. Paradoxalement, cette décision de traiter de sujets optionnels lors des débats pourra constituer un enjeu majeur pour l’établissement de santé, lui permettant de déjouer l’adage selon lequel la GPEC serait un préalable au licenciement économique.

⁵⁸⁰ P. LE COHU, J-M. MIR, *op. cit.* p.49.

⁵⁸¹ P. LE COHU, J-M. MIR, *op. cit.* p.49.

CHAPITRE SECOND

LA GPEC ET LE CONTENTIEUX DES RESTRUCTURATIONS

393. « À l'hôpital, comme dans le secteur des entreprises, beaucoup de fusions échouent à atteindre leurs objectifs, et certaines contribuent même à aggraver les difficultés des entités qu'elles ont réunies ». Telles sont les conclusions, pour le moins peu encourageantes, du rapport de l'IGAS⁵⁸² relatif aux fusions et regroupements hospitaliers.
394. En effet, dans un environnement juridique propice aux coopérations entre acteurs du système de santé, les restructurations s'affichent sur le devant de la scène sanitaire, comme des opérations sources de rationalisation de l'offre de soin. Pour autant, la réalité du terrain, démontre que ces opérations à l'origine notamment de fermetures et conversions de services, suscitent plus que tout autre chose, contentieux et polémiques syndicales lors de leur mise en œuvre. Au regard de l'actualité juridique du secteur sanitaire et médico-social, il paraît ainsi difficilement envisageable de traiter de la GPEC sans traiter des restructurations et des contentieux en la matière.
395. Une analyse « *macroéconomique* » de l'établissement nous permettra de constater qu'« *en extra* » la tutelle constitue un lien d'articulation entre GPEC et restructuration au sein d'une économie dite planifiée ou administrée. En effet, au cœur des restructurations, il semble qu'aucune démarche GPEC de grande envergure ne puisse se réaliser sans une coopération de la tutelle, autorité décisionnaire des autorisations et gestionnaire des dotations d'établissements. Par ailleurs, une analyse « *microéconomique* » permettra d'établir qu'« *en intra* », l'articulation entre les deux notions est très souvent génératrice de conflits avec les partenaires sociaux.

⁵⁸² Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS).

396. À travers ce chapitre, nous avons donc fait le choix de traiter du lien ténu, unissant GPEC et restructuration dans le champ sanitaire et médico-social. Notre recherche s'attachera en particulier à l'actualité juridique du secteur et notamment à l'évolution du cadre conventionnel des établissements médico-sociaux. Nous nous attacherons également aux contraintes budgétaires, en tant que facteur de restructuration, ainsi qu'à la tutelle, en tant qu'acteur incontournable de la GPEC. Pour ce faire, il conviendra de répondre à diverses problématiques : Comment négocier la GPEC dans un contexte général de rigueur budgétaire, sachant que dorénavant les conventions collectives ne sont plus opposables au financeur ? Par ailleurs, dans le cadre d'un transfert d'entreprise ou d'une dénonciation de convention collective créant des statuts juridiques différents au sein d'une même entité, on peut s'interroger sur « *le comment négocier* » la GPEC, compte tenu du « *melting-pot* » du personnel recruté, issus de cultures différentes, émanant du secteur privé commercial, du privé non lucratif, ou public ?

397. Précisons que l'actualité jurisprudentielle et doctrinale, relative à l'articulation entre GPEC et procédure de licenciement économique, nous conduira également à aborder ce thème auquel peut être confronté tout établissement contraint d'établir un Plan de Sauvegarde de l'Emploi (PSE). Pour autant, notre étude nous conduira à privilégier l'analyse du lien entre GPEC et restructuration au sein du champ sanitaire et médico-social proprement dit.

398. Dans une première section, l'analyse « *macroéconomique* » de l'établissement, nous permettra de faire le point sur l'articulation entre GPEC et restructuration dans le champ de la santé (Section I). Corrélativement, dans une deuxième section, une analyse « *microéconomique* » mettra l'accent sur l'articulation contentieuse entre les deux dispositifs (Section II).

Section 1- Articulation entre GPEC et restructuration dans le champ de la santé

399. Si de prime abord, GPEC et restructuration sont deux dispositifs distincts et autonomes, dans la réalité des faits, ces deux notions sont unies par un lien très étroit, à savoir la tutelle. En effet, la mise en œuvre d'une opération de restructuration ne pourra se réaliser sans l'aval de cette dernière. Par ailleurs, mener une démarche GPEC ambitieuse, nécessite un

accompagnement et un solide soutien des ARS. Dès lors, mener une démarche GPEC au cœur des restructurations induira inéluctablement une coopération avec l'administration, véritable point de jonction entre les deux notions. Pour bien comprendre le contexte général dans lequel évoluent les établissements du champ sanitaire et médico-social, il convient de dresser le bilan des opérations de restructuration touchant le secteur (§1). Cette analyse nous permettra par la suite, de cerner le rôle de la tutelle, en tant que lien d'articulation entre les deux notions (§2).

§1- Les restructurations du champ de la santé

400. La progression constante des dépenses de santé est devenue une préoccupation majeure pour les pouvoirs publics, soucieux d'intégrer la dimension économique à la pratique des professionnels de santé. Dans ce contexte de « *coopération avec l'administration*⁵⁸³ », la restructuration apparaît dès lors, comme un moyen pertinent de rationalisation de l'offre de soin. Parallèlement aux diverses réformes hospitalières favorables aux regroupements d'établissements, la loi HPST est venue consacrer un véritable principe général de complémentarité et de coopération entre acteurs du système de santé. Pour bien comprendre la nature du lien unissant démarche GPEC et opération de restructuration, il convient de poser le cadre des restructurations dans le champ sanitaire et médico-social. Pour ce faire, il semble opportun de retracer les étapes de ce mouvement général impulsé par la loi HPST (I), avant de faire le point sur les différents facteurs de restructurations du champ sanitaire et médico-social (II).

I- Un mouvement général de restructuration impulsé par la loi HPST

401. L'étude de ce mouvement général en faveur des restructurations, nécessite que l'on s'attache préalablement à définir le terme « *polysémique* » de restructuration. Cette notion, souvent délaissée dans le milieu de la santé au profit du vocable plus neutre de recomposition, peut en effet revêtir des significations diverses qu'il convient d'analyser. Une définition juridique des termes (A) nous permettra ainsi de mieux appréhender les différents dispositifs de coopérations mis en œuvre par la loi HPST (B).

⁵⁸³F.-X SCHWEYER, *L'hôpital sous tension*, La santé, un enjeu de société, Hors-série N° 48 - Mars - Avril - Mai 2005.

A- Définition juridique des restructurations

402. Au regard des multiples études menées sur le sujet, on constate que l'hôpital a plutôt tendance à préférer le terme de recomposition hospitalière à celui de restructuration, émanant davantage du monde industriel. Les chercheurs de l'IRES⁵⁸⁴, ainsi que la DHOS⁵⁸⁵, font d'ailleurs explicitement référence à cette notion de recomposition. Monsieur Philippe MOSSE et Madame Catherine PARADEISE ont analysé ce glissement de terminologie de restructuration vers recomposition, comme « *la transition d'une conception dans laquelle l'hôpital était perçue comme une bureaucratie professionnelle, vers une conception non stabilisée dans laquelle l'hôpital est vue comme une organisation éclatée, confrontée à la fois à l'industrialisation croissante et au consumérisme naissant*⁵⁸⁶ ». Par euphémisme, le terme de recomposition serait donc préféré à celui de restructuration⁵⁸⁷.
403. Cette difficulté quant au choix de la terminologie s'explique certainement par le caractère « *protéiforme*⁵⁸⁸ » de la notion de restructuration. En effet, ce terme peut renvoyer à trois significations différentes. Tout d'abord, il peut évoquer « *une mutation de grande ampleur*⁵⁸⁹ ». Dans ce sens, la restructuration hospitalière pourra être qualifiée de notion dite « *fourre-tout* » regroupant toute forme de bouleversement subi par les établissements.
404. Par ailleurs, d'un point de vue juridique, le terme restructuration renvoie à « *une transformation profonde de la structure juridique d'une entreprise*⁵⁹⁰ ». Dans ce sens, certains auteurs considèrent que « *la restructuration paraît irréductible à tout cantonnement strict*⁵⁹¹ ». Dès lors, il serait plus aisé de dresser une liste non limitative des techniques juridiques de restructuration que d'en donner une définition précise. La notion de restructuration n'est d'ailleurs pas définie par le code du travail. La jurisprudence sociale privilégie le terme de « *réorganisation* », en tant que motif justifiant un licenciement économique. La chambre sociale de la cour de cassation a ainsi considéré que la réorganisation source de licenciement

⁵⁸⁴ Institut de Recherches Economiques et Sociales (IRES).

⁵⁸⁵ En 1999, la DHOS éditait un premier « *Atlas des recompositions hospitalières* ».

⁵⁸⁶ P. MOSSE, C. PARADEISE, *Restructurations de l'hôpital ; recompositions des hôpitaux*, Revue française des affaires sociales n°3, juil.-sept. 2003, p. 141-155.

⁵⁸⁷ F.-X SCHWEYER, *op. cit.*

⁵⁸⁸ D. PROVESAN, *Les restructurations des cliniques privées, Adaptation, évolution ou métamorphose*, Thèse de doctorat en science de gestion, Université Jean Moulin, Lyon 3, p. 5.

⁵⁸⁹ D. PROVESAN, *op. cit.* p. 5-6.

⁵⁹⁰ D. PROVESAN, *op. cit.* p. 5-6.

⁵⁹¹ C. MASQUEFA, *La restructuration*, Paris LGDJ, Coll. Bibliothèque de droit privé, 2000, p. 101.

devait être mise en œuvre « *dans l'intérêt de l'entreprise*⁵⁹² », avant d'exiger qu'elle ne soit nécessairement destinée à « *sauvegarder la compétitivité*⁵⁹³ » de celle-ci.

405. Enfin, le terme restructuration peut renvoyer à une « *transformation interne de l'organisation* ». Cette définition est proche de celle donnée par le dictionnaire LAROUSSE, qui vise « *l'action de réorganiser quelque chose selon de nouveaux principes, avec de nouvelles structures* ».

406. Somme toute, dans le secteur de la santé, l'IGAS définit la restructuration hospitalière comme « *l'effort d'une entreprise pour s'adapter aux évolutions de son environnement par la modification de son organisation, de ses procédures ou de ses activités*⁵⁹⁴ ». Ce phénomène pourra ainsi être à l'origine de fermetures de services, de conversions de structures de courts séjours en longs séjours, de fusions entre établissements publics ou entre établissements publics et privés, ou de coopérations. Ces restructurations s'inscrivent dans un contexte général d'évolution de l'offre de soins, s'adaptant aux évolutions démographiques, aux nouvelles technologies, mais également aux difficultés budgétaires des établissements.

407. Précisons que le secteur hospitalier a connu un vaste mouvement de restructuration depuis près de 15 ans. En effet, de 1995 à 2005 on a pu dénombrer près de 1200 recompositions hospitalières en France. Durant cette période près de 60 % des établissements de médecine, chirurgie, obstétrique, (MCO) ont été confrontés à des recompositions hospitalières⁵⁹⁵. Par ailleurs, ces dernières touchent davantage le secteur privé lucratif⁵⁹⁶, que le secteur privé non lucratif et public.

408. Une étude réalisée par le laboratoire de recherche, « *La Nouvelle Fabrique des Territoires*⁵⁹⁷ », répertorie six formes de restructurations hospitalières touchant aussi bien le

⁵⁹²Cass. soc. 1^{er} avril 1992, pourvoi n° 90-44.697, Bull. 1992, V, n° 223.

⁵⁹³Cass. soc. 5 avril 1995, pourvoi n° 93-42.690, Bull. 1995, V, n° 123.

⁵⁹⁴IGAS, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?* D. LALANDE, C. SCOTTON, P.-Y. BOCQUET, J.-L. BONNET, Rapport n°RM2012-020P, Mars 2012.

⁵⁹⁵*Dix ans de recomposition hospitalière en France*, Étude menée par la société la Nouvelle Fabrique des Territoires à la demande de DEXIA.

⁵⁹⁶De 1995 à 2005, environ 51 % des recompositions hospitalières touchaient le secteur privé lucratif.

⁵⁹⁷En 2009, Dexia Crédit Local a confié au laboratoire de recherche, « *La Nouvelle Fabrique des Territoires* », une étude sur les recompositions hospitalières en France survenues de 1995 à 2005. L'étude constate que, certes, les recompositions sont nombreuses, mais qu'elles demeurent hétérogènes sur le territoire.

secteur privé commercial, privé lucratif que public. Il s'agit des « *fermetures de services, conversions de services, extensions d'activité de court séjour, fusions d'établissements, coopérations entre établissements, regroupements de structures sur site unique*⁵⁹⁸ ». De manière globale, la coopération entre établissements de santé constitue l'outil de prédilection à l'origine des restructurations. Plus spécifiquement, la fusion entre établissements représente la forme la plus pratique de mise en œuvre des restructurations. Elle consiste en « *la réunion dans une même entité juridique de plusieurs statuts antérieurement autonomes*⁵⁹⁹ ». Il pourra s'agir soit de l'absorption d'un établissement par un autre, soit de la création d'un nouvel établissement. Le code du travail mentionne cependant différentes formes d'opérations de restructurations source de transfert de contrat de travail⁶⁰⁰. Il s'agit des successions, cessions partielles ou totales, fusions, ou scissions à l'occasion d'une création de filiale ou de reprise d'activité. La jurisprudence quant à elle, fait notamment référence à la création de groupements types GCS ou GCSMS.

B- Les dispositifs de coopération mis en œuvre par la loi HPST

409. Ce mouvement général de coopération s'est développé à travers diverses réformes hospitalières telles que la loi du 31 décembre 1970, la loi hospitalière de 1991, l'ordonnance Juppé, ou les lois de 2002. Toutefois, c'est bien la loi HPST qui a réellement impulsé cette démarche de coopération entre établissements, en créant de nouveaux outils parmi lesquels on retrouve les communautés hospitalières de territoire ou les groupements de coopération sanitaire. En effet, si la loi HPST a supprimé les cliniques ouvertes, les communautés d'établissements de santé⁶⁰¹ et les syndicats interhospitaliers⁶⁰², elle a en revanche consacré le GCS établissement de santé en tant qu'outil de coopération organique, et la CHT en tant qu'outil de coopération fonctionnel.

⁵⁹⁸IGAS, Rapport, *op. cit.* p.19. DEXIA/NFT, *10 ans de recompositions hospitalières en France*, janv. 2009.

⁵⁹⁹IGAS, Rapport, *op. cit.* p.3.

⁶⁰⁰L'art. L.1224-1 c. travail présente une liste limitative des opérations de restructurations sources de transfert des contrats de travail. Il précise que « *lorsque survient une modification dans la situation juridique de l'employeur, notamment par succession, vente, fusion, transformation du fonds, mise en société de l'entreprise, tous les contrats de travail en cours au jour de la modification subsistent entre le nouvel employeur et le personnel de l'entreprise* ».

⁶⁰¹La loi HPST a abrogé les communautés d'établissement de santé constituées entre établissements assurant un service public hospitalier au sein d'un ou exceptionnellement plusieurs secteurs sanitaires.

⁶⁰²L'article 23 de la loi HPST a également mis un terme aux syndicats interhospitaliers créés entre les établissements de santé publics participant au service public hospitalier après autorisation du directeur de l'ARH.

410. La loi HPST a donc mis un terme au dispositif des cliniques ouvertes, qui autorisait les centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers régionaux à créer des structures d'hospitalisation médicale dans lesquelles des médecins, des spécialistes ou des sages-femmes libéraux, n'exerçant pas leur activité à titre exclusif dans l'établissement, pouvaient dispenser des soins aux malades, blessés et femmes enceintes qui s'adressaient à eux.
411. Afin d'accroître le temps médical, l'hôpital public a toutefois la possibilité de conclure des contrats avec les médecins libéraux. Avant la loi HPST, ces derniers concluaient des contrats d'association au service public fondé sur l'article L.6112-4 alinéa 1 du code de santé publique, et facilitant « *une utilisation optimale d'un bloc opératoire de l'hôpital sous utilisé⁶⁰³* ». Avec ce dispositif, le patient fait partie de la clientèle du médecin libéral, et de ce fait continue à lui verser des honoraires. La loi HPST a cependant instauré un nouveau type de contrat de collaboration permettant la participation de médecins libéraux à l'hôpital public. Dorénavant, sur le fondement de L.6146-2 « *le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, [...] à participer à l'exercice des missions de service public mentionnées à l'article L. 6112-1 attribuées à cet établissement ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement* ». Ce type de contrat institué par la loi HPST autorise donc un chef d'établissement à admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes à participer aux missions de service public. Ainsi, les médecins concernés sont rémunérés à l'acte, et les actes ne sont plus rémunérés par le patient, mais par l'hôpital lui-même. Le patient devient donc usager de l'hôpital et du service public.
412. Par ailleurs, la loi HPST a créé la CHT, qui constitue un nouvel outil de coopération conventionnel permettant aux « *établissements publics de santé de conclure une convention de Communauté Hospitalière de Territoire afin de mettre en œuvre une stratégie commune et gérer en commun certaines fonctions et activités, grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre établissements et grâce à la télémedecine* ». Dans une logique de meilleure répartition de l'offre de soin, la CHT a pour objet de développer la complémentarité entre des hôpitaux de proximité et des plateaux techniques plus perfectionnés.

⁶⁰³J.-Y. COPIN, *À la recherche du temps médical... Attirer et conserver les médecins à l'hôpital public après HPST*, Gestions hospitalières, n°507, juin-juillet 2011, pages 421-423, p.3.

413. Elle a également consacré le GCS, qui constitue l'outil privilégié de coopération entre établissements. Dans un contexte de vieillissement de la population, induisant une augmentation des prises en charges gériatriques et des maladies chroniques, le GCS va favoriser la conversion de l'offre de court séjour, vers des soins de plus longue durée ou des soins de suite et de réadaptation (SSR). La loi distingue désormais les GCS de moyen et les GCS établissements titulaires d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins. Ces nouveaux modes de coopération s'inscrivent dans le prolongement des outils de coopération usuels tels que le GCSMS, le GIE ou le GIP, dont les dispositions restent inchangées.
414. Ces dispositifs de coopération mis en œuvre par la loi HPST, sont le fait de diverses composantes qu'il convient d'analyser afin de compléter notre étude relative aux restructurations frappant le champ de la santé (II).

II- Les facteurs de restructurations

415. Les facteurs de restructurations ou plus généralement de coopérations dans le champ sanitaire sont diverses. L'ANAP recense sept phénomènes justifiant les restructurations entre établissements : « *La desserte du territoire de santé, l'organisation des soins, l'amélioration de la qualité des soins, la raréfaction des moyens humains, la permanence des soins, la mise en œuvre des textes réglementaires, ainsi que la recherche d'économie d'échelle*⁶⁰⁴ ».
416. La desserte du territoire de santé recouvre l'ensemble des problématiques relatives à la démographie des professionnels de santé. En effet, les déficits en démographie médicale impactent particulièrement certaines disciplines et certaines régions, et sont à l'origine de restructurations. La desserte du territoire est en lien direct avec la notion de Permanence des Soins Hospitaliers⁶⁰⁵ (PDSH), véritable mission de service public érigée par la loi HPST. La

⁶⁰⁴ ANAP, *Guide méthodologique des coopérations territoriales*, A. ARNAUD, H. LEHERICEY, M. TASSERY, *Pourquoi coopérer ?* p.27.

⁶⁰⁵ La PDSH a pour objet l'organisation d'une continuité des soins dans tous les services hospitaliers. Elle se définit comme « *l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant des soins (intervention et/ou hospitalisation) dans une structure de soins d'un établissement de santé (hors structures de médecine d'urgence), la nuit, le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés, que cet accès se fasse en aval d'une prise en charge dans une structure d'urgence ou non* ». DGOS, *Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS*, version 1 (concertation), p. 15. P. BLEMONT, C. GENETY Claire, *La Permanence de soins Ambulatoires (PDSA)*, Santé Publique, 16 juil. 2012.

PDSH, à l'échelle territoriale, est ainsi mise en œuvre dans le cadre du SROS-PRS⁶⁰⁶, et induit nécessairement la coopération entre établissements de santé. La question du maintien de la permanence des soins ambulatoires⁶⁰⁷ (PDSA) se pose également dans les zones rurales ou périurbaines⁶⁰⁸. En effet, les territoires déficitaires en démographie médicale en raison du vieillissement et de l'augmentation du nombre de départs à la retraite des médecins généralistes, rendent difficile le maintien de la permanence des soins. La charge de travail importante, l'augmentation du nombre d'astreintes et de gardes, ainsi que le facteur d'isolement, rendent ces zones rurales peu attractives pour les jeunes médecins, préférant de beaucoup les grandes villes et la proximité des CHU. Par ailleurs, l'aspiration de ces jeunes professionnels à une meilleure qualité de vie, la féminisation de la profession ainsi que la désaffection pour l'exercice libéral, ne facilite pas la permanence des soins. Enfin, la méconnaissance de la médecine ambulatoire par les jeunes généralistes ou les internes en médecine générale, renforce également cette problématique.

417. Par ailleurs, l'organisation des soins, autre facteur de coopération, nécessite une coordination de proximité ou la mise en œuvre d'un travail en réseau. La notion de « *filière de soins*⁶⁰⁹ », en tant que trajectoire de soins du patient, apparaît ainsi comme un élément déterminant de régulation de l'offre de soin.
418. La concentration de l'activité dans de plus grands centres hospitaliers constitue également un moyen permettant de parfaire la qualité des soins et notamment le parcours de soins du patient. Elle favorise donc l'amélioration des pratiques professionnelles ainsi qu'une gestion plus efficiente des services. En effet, selon une étude menée par Monsieur le professeur Guy VALLANCIEN, en 2006 on a pu constater que 113 hôpitaux publics

⁶⁰⁶Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) est un outil de mise en œuvre et de déclinaison opérationnelle du Projet Régional de Santé (PRS), introduit par la loi HPST.

⁶⁰⁷La Permanence des Soins Ambulatoire (PDSA) a pour objet de « *répondre à des besoins de soins non programmés relevant de la médecine de ville, aux horaires de fermeture des cabinets médicaux. Elle est assurée par les médecins libéraux et des centres de santé. Elle peut être effectuée dans les points fixes de garde que sont les maisons médicales de garde* ». DGOS, *Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS*, version 1 (concertation), p. 15.

⁶⁰⁸Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales et leur Réseaux (IFROSS), *Hôpital local et permanence des soins*, 5 jan. 2009, p. 1 et 2.

⁶⁰⁹Selon le Professeur C. HONNORAT, la filière de soins est « *la trajectoire de soins du patient, telle que l'on peut la décrire à posteriori ou telle que l'on peut essayer de l'infléchir par des mesures soit incitatives, soit réglementaires ou législatives. Cette filière est caractérisée par : les intervenants successifs, la nature des soins apportés par chacun d'entre eux, les règles de progression du patient entre ces divers intervenants* ».

effectuaient moins de 2000 actes opératoires par an. De ce fait, selon lui, « *la sous-production chirurgicale pose clairement la question du maintien des blocs opératoires où exercent trois chirurgiens ou moins qui assurent parfois moins de deux interventions par jour* ». Selon lui, « *la dispersion de chirurgiens dans ces petits centres hospitaliers est donc un gâchis, alors que les centres hospitaliers de référence pourraient les accueillir*⁶¹⁰ ».

419. La coopération, source de restructurations se développe ainsi dans un contexte de réforme législative et notamment de réforme de la biologie médicale. Ainsi que le rappelle Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, lors de son discours d'ouverture de la deuxième journée nationale de la biologie le 13 février 2009, « *la biologie médicale est un élément crucial du parcours de soins, déterminant pour le diagnostic et le suivi des pathologies* ». L'objectif de la réforme est d'« *assurer partout en France, une biologie médicale de qualité prouvée, payée à son juste prix* ». Pour ce faire, la réforme a mis l'accent sur trois points fondamentaux orientés vers l'intérêt du patient : l'accréditation obligatoire, la médicalisation de la discipline ainsi que l'amélioration du maillage territorial. L'accréditation dont l'étymologie signifie « *rendre digne de confiance* » va ainsi permettre de garantir la qualité de l'offre de biologie médicale. En outre, la médicalisation de la discipline redonnera une place centrale au biologiste médical au cœur du parcours de soins du patient.

420. Enfin, la recherche d'économie d'échelle constitue généralement le premier facteur de restructuration, incitant les établissements à parfaire leur efficience, attractivité et performance. En principe une fusion devrait donc permettre aux établissements de réaliser des économies d'échelle, à savoir de baisser le coût de production unitaire d'un service tout en accroissant la quantité de sa production. La constitution d'un établissement de plus grande taille par fusion, permettrait ainsi d'accroître son attractivité, de créer un effet d'apprentissage entre professionnels et bien évidemment de bénéficier de financement plus important. Communément appelé « *effet de taille* », cet argument corrélant taille et performance, laisse sous-entendre que le gabarit de l'établissement aurait une influence sur la qualité des soins dispensés, par le jeu d'un « *effet* » dit « *d'équipe* » et « *d'expérience* » entre praticiens. Selon la même logique, l'« *effet de taille* » impacterait la performance économique de l'établissement. Pour autant, les études menées démontrent au contraire, qu'à partir d'un

⁶¹⁰G. VALLANCIEN, *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, Paris, La Documentation française, 2006. S.-L. GERBER, *Y a-t-il encore des marges d'efficience à l'hôpital*, Centre d'analyse stratégique, La note de veille, n°181, juin 2010, p. 8.

certain seuil, l'effet de taille produit des effets néfastes pour l'établissement, se caractérisant bien souvent par une augmentation des coûts unitaires, une diminution des performances et l'apparition de dysfonctionnements importants. En définitive, la majorité des fusions serait un échec ou n'améliorerait pas la situation des établissements en difficultés. Ainsi, constituer un établissement de grande taille par le jeu de fusion ou de regroupement, ne présente pas que des avantages. Non seulement ces établissements doivent faire face à des coûts proportionnels à leur taille⁶¹¹, mais ils rencontrent également des difficultés d'intégration et de motivation du personnel rattaché à des « *cultures d'entreprise* » différentes. Selon certaines analyses, le « *seuil optimal d'efficience pour un établissement de santé se situe entre 200 et 300 lits en court séjour* ». Le phénomène contraire de « *déséconomie d'échelle*⁶¹² » commencerait à faire son apparition à partir d'un seuil situé entre 600 et 900 lits⁶¹³.

421. Le mouvement de coopération et notamment de regroupement ne conduit pas nécessairement à des résultats positifs en matière de fusion entre établissements. Ainsi que le rappelle l'IGAS, « *beaucoup de projets de regroupement sont des échecs*⁶¹⁴ », liés à des facteurs structurels. En effet, un temps de trajet trop conséquent entre deux établissements, des bassins de vie trop différents, la dégradation financière d'un établissement participant à une fusion, l'absence d'interdépendance et de complémentarité d'activités, ou la fusion entre des établissements de tailles semblables, sont très souvent sources de difficultés.

422. Par ailleurs, l'implication managériale est essentielle pour garantir la qualité d'une fusion. Si le nouveau directeur de l'hôpital fusionné doit faire l'objet d'une légitimité incontestable, la fusion ne pourra fonctionner que si l'ensemble du personnel des établissements est soutenu et accompagné dans cette démarche. L'ARS aura ici un rôle primordial à jouer, en tant qu'acteur des restructurations et corrélativement en tant que soutien aux établissements dans cette démarche. Enfin l'absence de « *fait générateur* » telle qu'une

⁶¹¹Selon le rapport IGAS n°RM2012-02P les établissements de grande taille doivent en effet faire face à des coûts importants liés notamment aux ressources humaines, aux systèmes d'information ou aux frais de siège.

⁶¹²IGAS, Rapport, *op. cit.* p.28.

⁶¹³Selon deux revues de littératures internationales citées dans le rapport IGAS n°RM2012-02P, il existe un phénomène de déséconomie d'échelles dans les établissements atteignant un seuil situé entre 600 et 900 lits. SWODEN, ALETRAS, *Volume of clinical activity in hospitals and healthcare outcomes, costs, and patient access, Quality in Health Care 1997*, june 6, pp. 109-114. M. ROSKO, *Understanding variations in hospital costs: An economics perspective*, Annual of Operations Research, 2005. Voir également la thèse de D. PROVESAN, *Les restructurations de cliniques privées*. Thèse Université Jean MOULIN, Lyon 3, décembre 2003.

⁶¹⁴IGAS, Rapport, *op. cit.* p.48.

situation financière altérée ou des difficultés de recrutement, sera très certainement à l'origine de l'échec d'une fusion.

423. En définitive, pour qu'un projet de regroupement fonctionne, il doit nécessairement être relié à un ou plusieurs « *faits générateurs objectifs*⁶¹⁵ » et admis par tous. Le consensus de l'équipe de direction, ainsi que le soutien et l'accompagnement des tutelles demeurent la clé d'un regroupement ou d'une fusion réussie (§2).

§2- La tutelle, lien d'articulation entre GPEC et restructuration

424. Instaurer une démarche GPEC dans un environnement politique favorable aux restructurations nécessite l'agrément d'un acteur externe incontournable : la tutelle. En effet, au sein d'un secteur entièrement planifié par l'administration, la mise en œuvre d'une démarche GPEC ne pourra se réaliser sans l'aval de l'ARS, seule autorité décisionnaire des restructurations. De ce fait, cette dernière représente le lien d'articulation entre GPEC et restructuration dans le champ sanitaire et médico-social. Dès lors, la mise en œuvre du processus GPEC au cœur des restructurations induira une coopération avec l'administration. Dans ce contexte, l'analyse du territoire de santé et de l'évolution démographique des populations se révéleront être des outils incontournables de développement d'une démarche GPEC. À travers ce paragraphe, nous constaterons que l'élaboration de la GPEC s'effectue nécessairement au sein d'une économie planifiée (I). Corrélativement, l'analyse démographique constituera un outil pertinent d'élaboration de la démarche au sein de cette économie planifiée (II).

I- L'élaboration de la GPEC au sein d'une économie planifiée

425. C'est dans un contexte général de coopération, impulsé par la loi HPST que l'établissement de santé devra mener à bien une démarche GPEC. Il convient alors de s'interroger sur la nature du lien unissant GPEC et restructuration. Mettre en œuvre une démarche GPEC au cœur de restructurations nécessite l'intervention d'un acteur incontournable : la tutelle. Cette dernière constitue, en effet, le lien d'articulation entre GPEC et restructuration.

⁶¹⁵IGAS, Rapport, *op. cit.* p.54.

426. Dans la plupart des études menées sur le sujet, les acteurs désignés de la GPEC sont la direction, l'encadrement, les institutions représentatives du personnel et le personnel. En effet, il est certain qu'aucune démarche GPEC ne pourra aboutir sans une direction engagée, encourageant la démarche et préparant les autres acteurs aux enjeux de demain. De même, la direction devra s'appuyer sur son personnel d'encadrement, dont le travail consistera à organiser le développement des compétences et de la performance de l'établissement. Ce travail s'effectuera tout naturellement en lien avec les partenaires sociaux, au cours de négociations relatives aux formations et à la sécurisation des parcours professionnels. Le personnel de l'établissement, premier bénéficiaire de la démarche, pourra ainsi développer son employabilité par le biais d'actions de formation.
427. Dans ce schéma traditionnel dépeignant l'ensemble des acteurs de la GPEC, il manque pourtant un protagoniste essentiel, certes, indirecte mais menant le jeu des planifications, des autorisations et demeurant l'autorité décisionnaire en matière de restructuration : il s'agit bien entendu de la tutelle, soutien et accompagnateur incontournable des restructurations d'établissement. En effet, si de manière générale, **et notamment depuis la loi HPST, la tutelle promeut les coopérations et regroupements entre établissements, au niveau régional, l'ARS encadre la plupart des démarches GPEC menées par les établissements. En effet, comment un directeur d'établissement acteur majeur de la GPEC, peut-il mener à bien une démarche stratégique d'une telle ampleur, sans agrément des tutelles ? La tutelle, autorité décisionnaire en matière de restructuration et gestionnaire des dotations, apparaît ainsi comme l'acteur central de toute démarche GPEC autour de laquelle gravitent les autres protagonistes. En définitive, ne peut-on pas considérer que le directeur ne représente qu'une interface entre l'ARS et l'établissement lui-même ? Mener une démarche GPEC, qui plus est dans un contexte de coopération et de restructuration ne pourra donc se réaliser sans l'accompagnement et le soutien inconditionnel des ARS. La tutelle constitue ainsi un acteur majeur des restructurations et de la GPEC dans le champ sanitaire et médico-social. Elle impulse et autorise les restructurations, et encadre inéluctablement la GPEC. De ce fait, elle constitue le lien d'articulation et le point de jonction entre GPEC et restructuration.**
428. À titre d'exemple, soulignons que l'ARS de Haute-Normandie a organisé en juillet 2010, une démarche régionale auprès des établissements souhaitant initier une démarche GPEC. À ce titre, pour les établissements publics de santé, l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) finance le logiciel « *GESFORM* »

ainsi que des actions de formation. De son côté, l'ARS soutient la démarche et finance du temps de consultation « CNEH » relative à la mise en œuvre de ce logiciel. Par ailleurs, pour les établissements privés à but lucratif, la FORMAHP⁶¹⁶ prend en charge des actions de formation, alors que l'ARS finance un logiciel de GPEC commun à l'ensemble des établissements privés. Enfin, pour les établissements médico-sociaux émanant du milieu associatif, l'ARS a intégré le comité de pilotage de la démarche GPEC mis en œuvre par l'URIOPSS⁶¹⁷.

429. Cet exemple démontre à quel point la tutelle, dont rappelons-le, l'étymologie signifie « avoir à l'œil », « surveiller », « protéger⁶¹⁸ », joue bien son rôle de soutien aux établissements et demeure un acteur central sans lequel aucune démarche GPEC de grande envergure ne pourrait aboutir, qui plus est au cours de restructurations.

430. Dès lors, la mise en œuvre d'une démarche GPEC pertinente, passera nécessairement par une bonne coopération avec l'administration. Corrélativement, l'analyse du territoire de santé et de l'évolution des populations constitueront des moyens incontournables d'élaboration d'une démarche GPEC à long terme, au sein de cette économie dite planifiée (II).

II- L'analyse démographique, outil d'élaboration de la GPEC au sein d'une économie planifiée

431. L'établissement de santé est donc tenu de mener à bien une démarche GPEC au sein d'une économie dite administrée ou planifiée, dans laquelle toutes les décisions fonctionnelles, organiques et stratégiques sont en définitive, prises par l'ARS. En tout état de cause, le directeur d'établissement devra tenir compte de l'intervention de l'administration dans sa gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Administration qui elle-même tient compte des mouvements et tendances démographiques afin d'établir sa politique de planification à l'échelle territoriale. Grâce à une analyse pertinente du territoire de santé et de l'évolution démographique des populations et des professionnels de santé, le directeur sera donc à même d'anticiper et de prévoir l'évolution future des emplois et des compétences de sa

⁶¹⁶La FORMAHP est l'Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA) des adhérents de la branche professionnelle de l'hospitalisation privée à statut commercial.

⁶¹⁷Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux.

⁶¹⁸Le terme tutelle, vient du latin « tutela », qui signifie avoir à l'œil, surveiller, protéger.

structure, à moyen puis à long terme. La desserte du territoire de santé a ainsi fait l'objet de nombreuses analyses de la part des géographes de la santé. Une étude et une connaissance précise de ces évolutions permettront à tout directeur avisé de prévoir ses besoins en personnels médicaux, voire d'envisager une opération de groupement ou de fusion avec d'autres établissements.

432. En effet, « d'ici 2020, la France comptera entre 850 000 et 1 100 000 personnes de plus de 75 ans, potentiellement dépendantes, dont deux tiers de femmes⁶¹⁹ ». Par ailleurs, en 2060, l'espérance de vie sera de 91 ans pour les femmes et de 86 ans pour les hommes⁶²⁰. De ce fait, le risque d'hospitalisation des personnes de plus de 75 ans, en situation de dépendance et souffrant de pathologies sérieuses, connaîtra une évolution exponentielle. L'entrée des « *papy boomers*⁶²¹ » dans la catégorie du troisième âge⁶²² entraînera une augmentation des prises en charge des maladies chroniques et poly pathologiques. L'augmentation des personnes très âgées, dites du quatrième âge⁶²³, souvent en situation de fin de vie, induira également une augmentation des prises en charge gériatriques. En outre, l'allongement de la durée de vie, à l'origine des maladies dégénératives et de la perte d'autonomie, nécessitera une prise en charge globale incluant les dimensions sociales et psychologiques. Cette « *déferlante grise* » impactera directement les besoins de recrutement sur les métiers d'infirmiers et d'aides-soignants en établissements d'hébergement ou en services de soins à domicile⁶²⁴. Elle renforcera également la concurrence entre territoire pour les recrutements des personnels qualifiés.

433. Il est certain que les départs massifs à la retraite dans la fonction publique hospitalière impacteront également le recrutement des établissements, pour certains exposés à des pertes de compétences importantes ainsi qu'à des pertes d'attractivité. En effet, la médecine générale semble connaître un phénomène de désaffection depuis 2005, en partie justifié par le fait que

⁶¹⁹Ministère de la Santé et des Sports, *Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière*. Édition ENSP, 2007, tome 1. www.sante-sports.gouv.fr.

⁶²⁰SYNERPA, *La France face au défi du vieillissement de sa population*, [http : //www.synerpa.fr](http://www.synerpa.fr). INSEE, www.insee.fr.

⁶²¹Le terme « *papy boomers* » désigne les générations du « *baby-boom* », c'est-à-dire les personnes nées entre 1945 et 1974.

⁶²²L'âge de la vieillesse, communément appelé troisième âge commence à 65 ans.

⁶²³Le quatrième âge désigne la personne âgée d'environ 75 ans, entrée dans la dépendance. Le cinquième âge fait référence aux personnes de 95 ans et plus.

⁶²⁴O. CHARDON, M.-A. ESTRADÉ, F. TOULEMONDE, *Les métiers en 2015 : l'impact du départ des générations du baby-boom*, Premières informations Premières synthèses, Dares, Déc. 2005, n°50.1, 8 p.

les étudiants y voient un manque de perspectives de carrière⁶²⁵. La baisse des omnipraticiens de ville est ainsi estimée à 11 000 d'ici 2020⁶²⁶.

434. Par ailleurs, on a pu constater que la croissance des effectifs des médecins varie en fonction des spécialités. Parmi les disciplines médicales cliniques, l'endocrinologie, la néphrologie, la neurologie ou la radiodiagnostic, ont une évolution, en termes d'effectifs, plutôt favorable. En revanche, d'autres disciplines telles que l'anesthésie, la dermatologie, la pédiatrie, la rhumatologie ou la gynécologie médicale connaissent une progression moins importante. En outre, le secteur de la chirurgie a connu une augmentation notable ces dernières années, alors que la gynécologie, l'obstétrique, l'ophtalmologie et l'ORL ont connu une diminution relativement conséquente de leur effectif. Enfin, la stomatologie constitue la discipline la moins prisée par les professionnels et semble quasiment en voie de disparition⁶²⁷. Les disparités existantes au sein de chaque discipline impactent directement la couverture du territoire de santé ainsi que la gestion des ressources humaines des emplois et des compétences de l'établissement.

435. Ainsi que l'affirment certains experts, « *la pénurie de médecins [...] va provoquer une tension sur l'offre et un glissement de tâches, ainsi qu'un phénomène de surenchère entre établissements pour attirer les médecins*⁶²⁸ ». Le déficit en démographie médicale va donc être corrélé à un transfert structuré des compétences, entraînant une modification de l'organisation des tâches entre médecins et paramédicaux et entre paramédicaux eux-mêmes. Afin d'être opérationnel demain, le directeur d'aujourd'hui doit donc anticiper ses besoins en termes de recrutements.

436. En effet, selon le rapport MILON⁶²⁹, afin d'ajuster les effectifs nécessaires à chaque spécialité, il est nécessaire d'anticiper non seulement les besoins futurs d'une population, mais aussi les progrès techniques modifiant certaines thérapeutiques et l'exercice de la

⁶²⁵ONDPS (2006), Synthèse générale Rapport 2005, ONDPS, 60 p.

⁶²⁶Y. BERLAND, *Rapport d'étape de la mission « Coopération de professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »*, Ministère de la santé, de la famille et des personnes, Oct. 2003, 57 p.

⁶²⁷IGAS, Rapport, *op. cit.* p.21. D. SICART, *Les médecins au 1^{er} janvier 2011, DRESS, document de travail*, n°156 mai 2011, partie 2. Ces documents de travail démontrent que la courbe de croissance en matière de cardiologie, gastro-entérologie et pneumonie connaît une évolution relativement moyenne.

⁶²⁸Ministère de la Santé et des Sports, *Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière*, *op. cit.* p. 27.

⁶²⁹A. MILON, *Rapport d'information sur l'avenir de la chirurgie en France*, n°287, Sénat, session ordinaire de 2007-2008, p. 17.

chirurgie. Ainsi, les évolutions technologiques favorisant notamment les « *gestes percutanés* » par rapport « *aux techniques invasives* », laissent supposer que le nombre de chirurgiens cardiaques devrait fortement augmenter dans l'avenir, ceci dans la mesure où les pathologies coronaires sont dorénavant prises en charge par les cardiologues. De même, les progrès techniques tels que la robotique et la chirurgie endovasculaire ont respectivement influé l'exercice de l'orthopédie et de la chirurgie vasculaire.

437. La répartition de ces spécialistes sur le territoire français demeure également très inégale. Certaines régions telles que la Picardie, la Champagne-Ardenne, le Centre, ou certains départements tels que l'Ardèche ou le Lot, connaissent un phénomène de désertification médicale. Cette tendance à la désertification n'est cependant pas nécessairement corrélée à un taux élevé de restructuration dans ces régions.

438. Précisons que le choix d'installation territorial des jeunes chirurgiens dépend également pour beaucoup de la « *capacité des établissements à mettre à leur disposition des plateaux techniques de qualité*⁶³⁰ ». Pour autant, ainsi que le rapporte Monsieur le professeur Guy VALLENCIEN dans un rapport relatif à l'évaluation de la sécurité, de la qualité, et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France⁶³¹, les établissements disposant de plateaux techniques de pointe ne disposent pas nécessairement d'un nombre suffisant de praticiens chirurgicaux. Par ailleurs, le choix d'installation des chirurgiens dépend également de la « *présence d'une équipe médicale et paramédicale complète*⁶³² ». Ceci pour des raisons de sécurité, mais également pour des facteurs de qualité de vie, liés à l'allègement des gardes et des astreintes. Pour pallier à la pénurie de chirurgiens dans les régions, certains considèrent qu'il conviendrait d'inciter les internes à rejoindre un territoire désaffecté, en contrepartie de bourses d'étude avantageuses. D'autres proposent d'« *instaurer un service médical public de 3 à 5 ans*⁶³³ » dans la région de formation des jeunes chirurgiens.

439. Pour conclure, précisons que l'e-santé peut constituer une méthode de gestion de la pénurie des compétences. En effet, afin de pallier au déficit de personnel, la télé expertise

⁶³⁰ A. MILON, *op. cit.* p.18.

⁶³¹ G. VALLENCIEN, *L'évaluation de la sécurité, de la qualité, et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, Rapport, Paris le 3 avril 2006.

⁶³² A. MILON, *op. cit.* p.18.

⁶³³ A. MILON, *op. cit.* p.18.

apparaît comme étant un outil pertinent que devra prendre en compte une démarche GPEC, afin de faciliter la réalisation des diagnostics à distance. La télémédecine va donc permettre au patient d'être suivi à domicile ou en établissement de proximité. Certains établissements rencontreront des difficultés de recrutement sur les métiers tels que manipulateur radio ou radio physiciens. Les CHU de grande taille, notamment, devront également intégrer à leur démarche GPEC, les nouvelles compétences telles que bio statisticiens ou data manager.

Conclusion Section 1

440. Au regard de l'ensemble de ces éléments, il apparaît que la loi HPST a véritablement consacré un principe général de complémentarité et de coopération entre acteurs du système de santé, que l'établissement ne pourra en aucune manière ignorer lors de son processus GPEC. En effet, dans cet environnement mouvant, nécessitant restructurations et recompositions hospitalières, ce dernier n'aura d'autre choix que de coopérer avec l'administration, afin de mettre en œuvre une démarche GPEC cohérente et concordante avec les évolutions du territoire de santé et des populations.

441.

L'analyse « *macroéconomique* » de l'établissement permet de considérer qu'aujourd'hui, la tutelle constitue le point de jonction entre GPEC et restructuration. L'analyse « *microéconomique* », quant à elle, révèle que l'articulation entre les deux dispositifs est génératrice de conflits et de climat social tendu entre la direction et les partenaires sociaux. En effet, mettre en œuvre une démarche GPEC au cœur des restructurations n'est pas chose aisée, et peut susciter l'opposition des organisations syndicales, soucieuses de sauvegarder l'emploi et de protéger le statut juridique, tant individuel que collectif, des professionnels. Après avoir analysé, « *en extra* », le lien unissant GPEC et restructuration dans le champ sanitaire et médico-social, nous constaterons qu'« *en intra* » l'articulation entre les deux dispositifs peut être source de contentieux (Section II).

Section 2- Articulation contentieuse entre GPEC et restructuration

442. Mettre en œuvre une démarche GPEC, alors même que des opérations de restructurations sont en cours, impactera nécessairement le climat social et les relations avec les partenaires sociaux. Mêler GPEC et restructuration dans le champ sanitaire et médico-social, est donc bien souvent synonyme d'articulation contentieuse et de polémique. En effet, initier une démarche d'anticipation des emplois et des compétences au cours d'un transfert d'entreprise ou d'une dénonciation de convention collective, nécessitera d'anticiper l'évolution du statut juridique des professionnels. Par ailleurs, omettre de négocier la GPEC, ou mettre en œuvre un accord « *défaillant* », pourra influencer la validité d'une procédure de licenciement économique. Ces questionnements faisant écho à l'actualité juridique et sociale du secteur, il convient d'attacher un intérêt particulier à l'articulation contentieuse entre GPEC et restructuration quant au statut juridique des professionnels (§1) et quant à la procédure de licenciement économique (§2).

§1- Articulation contentieuse quant au statut juridique des professionnels

443. Lorsque survient une opération de restructuration au sein d'un établissement, sa structure juridique peut s'en trouver modifiée et impacter le statut individuel et collectif des professionnels. Dès lors, en organisant le transfert des compétences, la démarche GPEC pourra accompagner le transfert des contrats de travail d'un établissement à l'autre. De même, l'effort d'adaptation de l'établissement aux évolutions de sa convention collective, devra être pris en compte au cours de l'élaboration du processus GPEC. Ces opérations de restructuration sources de conflits avec les partenaires sociaux, démontrent à quel point l'articulation contentieuse entre les deux dispositifs frappe aussi bien le statut individuel (A) que collectif des professionnels (B).

I- Articulation contentieuse quant au statut individuel

444. Si la GPEC a pour objet d'organiser le transfert des compétences et des savoirs, elle devra inévitablement s'adapter au mouvement de restructuration frappant le secteur sanitaire et médico-social. Mener une telle démarche au cœur des restructurations implique donc

d'anticiper un éventuel transfert d'activité et des contrats de travail. Ainsi, la négociation de la GPEC sera l'occasion de préciser les modalités d'accompagnement et de transfert des contrats de travail cédés du fait de la cession ou de la fusion.

445. En effet, lors d'une opération de restructuration, par fusion ou transfert d'activité, les contrats de travail en cours sont automatiquement transférés au repreneur conformément à l'article L.1224-1 du Code du travail qui dispose que « *lorsque survient une modification dans la situation juridique de l'employeur, notamment par succession, vente, fusion, transformation de fonds, mise en société de l'entreprise, tous les contrats de travail en cours au jour de la modification subsistent entre le nouvel employeur et le personnel de l'entreprise* ».
446. L'Assemblée plénière de la Cour de cassation⁶³⁴ est venue préciser cette notion de transfert d'entreprise, en la subordonnant à deux conditions cumulatives. D'une part, le transfert d'activité doit porter sur une entité économique autonome. D'autre part, l'activité doit conserver son identité et être poursuivie ou reprise.
447. Précisons que les juridictions françaises sont également tenues d'interpréter les dispositions françaises « *à la lumière*⁶³⁵ » des dispositions communautaires. En effet, la Directive 2001/23/CE du 12 mars 2001⁶³⁶, précise que ses dispositions sont applicables « *à tous transferts d'entreprise, d'établissement ou de partie d'entreprise ou d'établissement à un autre employeur résultant d'une cession conventionnelle ou d'une fusion. [...] Est considéré comme transfert au sens de la présente Directive celui d'une entité économique maintenant son identité, entendu comme un ensemble organisé de moyens en vue de la poursuite d'une activité. Désormais, les juges français appréhendent les cessions d'activité au regard des dispositions nationales et européennes* ».
448. La chambre sociale de la Cour de cassation précise ainsi, « *que l'article L.1224-1 du code du travail, interprété à la lumière de la Directive n°2001/23/CE, s'applique en cas de transfert d'une entité économique autonome qui conserve son identité et dont l'activité est poursuivie ou reprise*⁶³⁷ ». Dès lors, le transfert de l'activité économique autonome est

⁶³⁴Cour de cassation, Ass. Plén., 16 mars 1990, n°89-45.73 et n°86-40.686, Bull. Civ. Ass. Plén. n°4.

⁶³⁵F. VIALLA, *Jurisprudences du secteur social et médico-social*, Coll. Guides Santé Social, Gazette Santé Sociale 2012, 528 p., p. 77. éd. DUNOD.

⁶³⁶JOSE n°L822 ; 22 mars 2001.

⁶³⁷Cass. soc., 10 mars 2010, n°08-44636.

constitué lorsque tous les moyens d'exploitation sont transférés⁶³⁸. A contrario, dans l'hypothèse où tous les moyens corporels et incorporels ne sont pas transférés, il convient de rechercher si « *des moyens corporels ou incorporels significatifs et nécessaires à l'exploitation de l'entité sont repris*⁶³⁹ ». Dans le secteur sanitaire et médico-social, les moyens que l'on peut considérer comme significatifs et nécessaires à l'exploitation de l'entité, sont très certainement le personnel et les autorisations d'exploitation. En effet, ainsi que l'affirme Monsieur Olivier BONIJOLY, « *ces deux éléments sont au cœur de l'entité économique : l'autorisation est l'objet de l'activité, et la compétence du personnel, le moyen de le réaliser*⁶⁴⁰ ». La jurisprudence précise cependant que le simple transfert d'autorisation d'exploiter n'autorise pas l'application de l'article L.1224-1 du Code du travail⁶⁴¹.

449. Récemment, la chambre sociale de la Cour de cassation est venue préciser les conditions d'application de l'article L.1224-1, dans l'hypothèse d'un transfert partiel d'activités dites « *accessoires* », telles que le nettoyage ou la restauration. Dans un premier temps, elle a considéré que les établissements de santé « *constituent en eux-mêmes des entités économiques dont aucun service participant à la prise en charge globale des malades, même s'il peut être confié à un tiers, ne peut constituer une entité économique distincte*⁶⁴² ». Par la suite, la chambre sociale a fait évoluer son positionnement en considérant que le transfert de l'activité exercée pouvait être partiel voire secondaire⁶⁴³.

450. Dans l'hypothèse d'un transfert d'activité entre un établissement public et privé, la directive communautaire 2001/23/CE du 12 mars 2001 est venue préciser qu'elle s'appliquait « *aux entreprises publiques et privées exerçant une activité économique, qu'elles poursuivent ou non un but lucratif* ». Par ailleurs, le code du travail dans ses articles L.1224-3 et suivant, rappelle à son tour que « *Lorsque l'activité d'une entité économique employant des salariés de droit privé est, par transfert de cette entité, reprise par une personne publique dans le cadre d'un service public administratif, il appartient à cette personne publique de proposer à ces salariés un contrat de droit public, à durée déterminée ou indéterminée selon la nature du contrat dont ils sont titulaires. Sauf disposition légale ou conditions générales de*

⁶³⁸Cass. soc., 29 oct. 2003, n°01-43719.

⁶³⁹Cass. soc., 10 mars 2010, n°08-44636, précité.

⁶⁴⁰F. VIALLA, *op. cit.* p. 78. Dans ce sens, Cass. soc., 18 mars 2009, n°07-44891 ; Cass. soc., 17 déc. 2003, n°02-44358.

⁶⁴¹Cass. soc., 3 mars 2009, n°07-45641.

⁶⁴²Cass. soc., 24 oct. 2000, n°97-45944.

⁶⁴³Cass. soc., 27 mai 2009, n°08-40393.

rémunération et d'emploi des agents non titulaires de la personne publique contrairement, le contrat qu'elle propose reprend les clauses substantielles du contrat dont les salariés sont titulaires, en particulier celles qui concernent la rémunération⁶⁴⁴ ».

« Sous réserve de l'application de dispositions législatives ou réglementaires spéciales, lorsque l'activité d'une personne morale de droit public employant des agents non titulaires de droit public est reprise par une personne morale de droit privé ou par un organisme de droit public gérant un service public industriel et commercial, cette personne morale ou cet organisme propose à ces agents un contrat régi par le présent code. Le contrat proposé reprend les clauses substantielles du contrat dont les agents sont titulaires, en particulier celles qui concernent la rémunération⁶⁴⁵ ».

451. Dès lors que les conditions d'application de l'article L.1224-1 du Code du travail sont remplies, tous les contrats de travail⁶⁴⁶ sont automatiquement transférés au nouvel employeur. La réunion des conditions d'application de L.1224.1 entraîne donc un transfert de plein droit des contrats de travail⁶⁴⁷, s'imposant tant aux salariés qu'à l'employeur⁶⁴⁸. Précisons que ce dernier peut décider d'effectuer une application volontaire de L. 1224.1, sous réserve de l'acceptation des salariés concernés. Il peut également décider, par l'intermédiaire d'un accord collectif, d'organiser le transfert des contrats de l'ancien au nouvel employeur.

452. Un accord GPEC pourra donc encadrer une opération de transfert d'entreprise en précisant les modalités de transfert des contrats. Ce transfert d'entreprise pourra occasionner une modification des contrats de travail. Tel sera le cas dans l'hypothèse d'un regroupement d'établissements, entraînant une mobilité géographique, c'est-à-dire, une modification du lieu de travail en dehors de la zone géographique initiale. Conformément à la jurisprudence, le licenciement prononcé par le cédant à l'occasion d'un transfert d'entreprise est privé d'effet⁶⁴⁹. Le cessionnaire de l'établissement ne sera pas non plus en mesure d'imposer au

⁶⁴⁴ Article L.1224-3, modifié par loi n°2009-972 du 3 août 2009 - art. 24.

⁶⁴⁵ Article L.1224-3-1, créé par LOI n°2009-972 du 3 août 2009 - art. 25.

⁶⁴⁶ Tous les contrats de travail sont transférés, qu'ils s'agissent des CDI, CDD, Contrats d'apprentissage, contrat de professionnalisation, et contrats de formation en alternance. Il en va de même pour les contrats suspendus du fait de la maladie, de l'accident du travail ou du trajet.

⁶⁴⁷ CJCE, 16 mai 2005, C-478/03 CELTEC Ltd. c/ ASTLEY c. a.

⁶⁴⁸ Cass. soc., 28 mai 1997, n°94-43561. Lorsque les conditions du transfert d'entreprise au sens de l'article L.1224-1 ne sont pas réunies, ce dernier ne s'impose ni aux salariés ni à l'employeur. Cass. soc., 13 déc. 2011, n°10-25544.

⁶⁴⁹ Cass. soc., 11 oct. 2006, n°04-47329.

salarié la modification de son contrat de travail, au risque de voir ce dernier prendre acte de la rupture de son contrat⁶⁵⁰. Le cessionnaire n'aura d'autre choix que de proposer au salarié la modification de son contrat de travail. Si ce dernier refuse, le nouvel employeur devra en tirer les conséquences, soit en formulant une nouvelle proposition, soit en procédant au licenciement économique du salarié. Le licenciement en question reposera sur l'article L.1222-6 du code du travail, relatif à la modification du contrat de travail pour motif économique.

453. En définitive, lorsque l'employeur souhaite mettre en œuvre une GPEC, ainsi qu'une réorganisation de l'établissement en vue de faire face aux évolutions technologiques, ce dernier risque d'être confronté à la problématique de la modification de contrat de travail des salariés. En effet, s'il se heurte au refus de plus de 10 salariés de modifier leur lieu de travail ou leur qualification professionnelle, l'employeur sera tenu de mettre en œuvre un Plan de Sauvegarde de l'Emploi. Paradoxalement, le DRH devra donc conclure un accord GPEC destiné à prévenir les licenciements économiques, mais aussi trouver un motif économique, réel et sérieux, permettant de justifier les ruptures du contrat de travail par anticipation⁶⁵¹.

454. En cas de difficultés structurelles pour l'établissement, l'accord GPEC doit prévoir et anticiper le traitement de ses difficultés. Pour ce faire, l'accord peut envisager la conclusion d'un accord de Gestion Active de l'Emploi (GAE), dont l'objectif est d'éviter la mise en place d'un PSE, en favorisant des mesures d'aide à la mobilité et de reconversion des salariés. Dans cette optique, l'accord GAE doit conduire l'établissement à réduire l'emploi sur certains services, voire à procéder à des opérations de restructuration et de transfert de salariés vers d'autres établissements. Dans un climat social tendu du fait des mutations, l'accord GAE doit nécessairement reposer sur une relation de confiance entre la direction et les partenaires sociaux. Monsieur Yves BARON, président du « *Cercle des DRH européens*⁶⁵² », plaide en faveur d'une GPEC anticipatrice et défend ce concept de GAE, qui selon lui devrait être doté

⁶⁵⁰Cass. soc., 30 nov. 2010, n°09-42160.

⁶⁵¹G. KESZTENBAUM, A.-L. DODET, O. RAULT, *La GPEC, une « symphonie inachevée » ?*, Jurisprudence Sociale Lamy, 6 oct. 2008, n°241, p.7.

⁶⁵²Le Cercle des DRH européens est un groupement ayant pour but de sécuriser le droit du travail, d'intervenir auprès du gouvernement et de conseiller les intervenants.

d'un cadre juridique précis. « *L'essor de ce mécanisme exige un cadre juridique qui rassure les entreprises. Aujourd'hui, nous ne sommes pas à l'abri de contentieux*⁶⁵³ » explique-t-il.

455. Lancer une démarche GPEC alors même que l'établissement est en mutation, nécessitera donc la signature d'un accord anticipant et accompagnant le transfert des contrats de travail d'un établissement à l'autre. Cette anticipation des besoins permettra d'éviter une restructuration brutale de l'établissement, et la mise en place d'un PSE.

II- Articulation contentieuse quant au statut collectif

456. Si aujourd'hui la plupart des établissements sont conduits à fusionner ou plus largement à coopérer, les Conventions Collectives Nationales du secteur sanitaire, social et médico-social semblent également contraintes d'évoluer, voire d'être « *révisées* » ou « *renovées* » sous la pression des organisations patronales et des financeurs. Ainsi que l'affirme Madame Céline POULET, directrice adjointe de la FEGAPEI⁶⁵⁴ « *on se situe aujourd'hui dans un nouveau contexte, et l'outil conventionnel doit s'adapter* ».

457. Les « *renovations* » des Conventions Collectives 51 et 66 semblent pourtant particulièrement difficiles à mettre en œuvre, dans un contexte de rigueur budgétaire et de climat social fortement dégradé. Alors que le 1^{er} septembre 2011, la FEHAP décidait de dénoncer partiellement la Convention Collective 51, les négociations tendant à rénover la Convention Collective 66 semblaient également demeurer au point mort. En effet, afin de s'adapter à la logique de marché et de la concurrence généralisée entre établissements, la FEHAP a présenté un projet de révision de la Convention Collective rénovant notamment le déroulement de carrière des salariés, la reprise de l'expérience professionnelle à l'embauche, la reprise d'ancienneté à l'occasion d'une promotion, la récupération des jours fériés ainsi que les indemnités de départ à la retraite et de licenciement. Somme toute, après 18 mois de

⁶⁵³D. LE ROUX, *Le Cercle des DRH européens milite pour une gestion active de l'emploi*. Actuel Ressources Humaines, 06-12-2012, www.actuel-rh.fr. Entre PEC anticipatrice et PSE, le Cercle des DRH européens propose la mise en place d'une Gestion Active de l'Emploi. Cette mesure devrait avoir été envisagée dans l'accord GPEC, être activée d'un commun accord par les signataires, et n'intervenir qu'après un accord de maintien dans l'emploi.

⁶⁵⁴Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées (FEGAPEI).

négociations non fructueuses, l'organisation patronale a décidé de procéder à la dénonciation partielle de la Convention Collective.

458. La procédure de dénonciation décrite à l'article L.2261-10 du Code du travail, doit nécessairement respecter un calendrier s'échelonnant en trois étapes. Dans un premier temps, la dénonciation ne devient effective qu'à l'issue d'un délai de préavis de trois mois. En l'espèce la FEHAP a notifié sa dénonciation le 5 septembre 2011, celle-ci n'a donc été effective que le 5 décembre 2011. Dans un deuxième temps, la négociation entre les organisations syndicales et patronales doit s'engager pendant une période dite de survie de la Convention Collective, débutant à l'issue du préavis de trois mois, en l'occurrence le 6 décembre 2011. Dans un troisième temps, le délai de survie prend fin à l'entrée en vigueur d'un nouvel accord dit de substitution, ou à défaut d'accord, à l'issue d'une période d'un an, dans notre cas précis le 6 décembre 2012.

459. La dénonciation de la Convention 51 par la FEHAP ne s'est pas réalisée sans heurt, mais dans un climat social tendu, caractérisé par des mouvements de grèves, pétitions et contestations unanimes émanant des syndicats. En effet, les négociations entre les partenaires sociaux peinant à aboutir, et afin d'éviter tout vide conventionnel, le Conseil d'Administration de la FEHAP a pris la décision de formuler le 4 septembre 2012, et ce en cours de période de survie, une « *recommandation patronale*⁶⁵⁵ » ayant force obligatoire pour l'ensemble des adhérents. Cette recommandation dont l'objectif est de « *répondre aux évolutions importantes des secteurs sanitaire, social et médico-social qui impactent l'environnement des établissements*⁶⁵⁶ » reprend à l'identique l'accord de « *restauration* » présenté par la FEHAP. Pour autant, dans ce climat peu propice au dialogue social, le ministre de la santé a refusé d'agréer la décision unilatérale de la FEHAP. Ainsi, dans un communiqué de presse daté du 15 octobre 2012, Madame Marisol TOURAINE a rappelé « *son attachement au dialogue social, [...] et se déclare favorable à la reprise des négociations dans un cadre permettant aux parties prenantes de se remettre autour de la table* ». La FEHAP a donc été priée de reprendre

⁶⁵⁵ Les recommandations patronales sont des décisions unilatérales prises par un groupement ou un syndicat d'employeurs, qui s'imposent à tous ses adhérents.

Définition Recommandation patronale - Editions Tissot <http://www.editions-tissot.fr/droit-travail/dictionnaire-droit-travail>

definition.aspx?idDef=686&definition=Recommandation+patronale#ixzz2BLL9ZmH3.

⁶⁵⁶ FEHAP, Recommandation patronale du 4 septembre 2012.

un calendrier de négociation, et ce, dans le respect du délai légal de négociation, à savoir le 6 décembre 2012.

460. En dépit de ces conflits, un avenant de substitution a finalement été conclu entre la FEHAP et les syndicats CFDT et CFE-CGC, le 12 novembre 2012⁶⁵⁷. Pour autant, l'opposition majoritaire des organisations syndicales CGT, CFTC, et FO a rendu cet avenant inopposable aux 25 000 salariés des établissements concernés. Cette situation demandait donc à être clarifiée au plus vite. En effet, du fait de l'opposition majoritaire des organisations syndicales, la recommandation patronale prise par la FEHAP s'appliquait de droit aux établissements sanitaires non soumis à l'agrément. Les salariés des établissements sociaux et médico-sociaux, quant à eux, devaient attendre l'agrément de cette recommandation patronale. Ces établissements étaient donc soumis au régime pur et simple du code du travail et de l'avantage individuel acquis (AIA). Depuis lors, après avoir dénoncé la CCN51 et après l'échec des négociations, le 2 décembre 2012, la FEHAP avec l'agrément du ministère imposait à tous les établissements sa recommandation patronale. Le 20 février 2014, un avenant dit de « *rétablissement d'un socle conventionnel* » a d'ailleurs été signé par la FEHAP, la CFDT, la CFTC et la CGC.

461. En tout état de cause, la dénonciation de la Convention 51 sera lourde de conséquences pour la gestion des ressources humaines et le management des établissements concernés. On peut d'ailleurs envisager que les organisations patronales de la Convention 66, SYNEAS⁶⁵⁸ et FEGAPEI, décident à leur tour de dénoncer leur Convention Collective... Dans de telles situations, il convient de s'interroger. Comment organiser la gestion des ressources humaines de ces établissements soumis à des statuts juridiques particuliers ainsi qu'à des grilles de salaires différentes par le jeu des avantages individuels acquis ? Comment anticiper l'évolution des emplois et des compétences, et négocier une démarche GPEC dans un établissement doté de personnels ayant des statuts et des cultures différentes, émanant du privé commercial, du privé non lucratif ou du public ?

462. Somme toute, dans les établissements dont la Convention Collective aura été dénoncée, il conviendra de mener à bien une démarche GPEC en tenant compte des avantages individuellement acquis par les salariés embauchés avant l'effectivité de la dénonciation. Les

⁶⁵⁷ Avenant n°2012-04 du 12 novembre 2012.

⁶⁵⁸ Syndicat des employeurs associatifs action sociale et santé (SYNEAS).

salariés présents au jour de la négociation, c'est-à-dire trois mois après l'expiration du préavis, pourront prétendre au maintien de leurs avantages individuels acquis. En revanche, les salariés embauchés après cette date, c'est-à-dire pendant la période de survie de l'accord, ne conserveront pas ces avantages. En effet, selon la chambre sociale de la Cour de cassation, les salariés engagés après la dénonciation d'un accord collectif peuvent bénéficier des stipulations de cet accord pendant la période où il continue à produire ses effets, mais ils ne peuvent prétendre au maintien des avantages individuels acquis, à l'issue de cette période, dont seuls peuvent bénéficier les salariés engagés avant la dénonciation de l'accord⁶⁵⁹. En dépit du principe « *à travail égal, salaire égal* », des différences de traitement peuvent donc s'opérer entre salariés, dès lors que le maintien des avantages individuels acquis a pour objet de compenser un préjudice subi par les salariés présents dans l'entreprise lors de la dénonciation de la Convention collective⁶⁶⁰.

463. Selon la jurisprudence, l'avantage individuel est « [...] *celui qui procurait au salarié au jour de la dénonciation de la convention ou de l'accord collectif un droit dont il bénéficiait à titre personnel*⁶⁶¹ ». Un droit individuel est donc un droit susceptible d'exercice individuel, éventuellement devant le Conseil de prud'hommes. Il s'oppose à l'avantage collectif susceptible d'être exercé par une représentation syndicale. La rémunération constitue ainsi un droit individuel qu'il s'agisse de son montant ou de sa structure⁶⁶². L'avantage acquis, quant à lui, est « [...] *un avantage correspondant à un droit ouvert et non simplement éventuel*⁶⁶³ ». Ainsi, les indemnités de licenciement ou de départ à la retraite, nés au moment de la rupture du contrat de travail, ne constituent pas des avantages déjà ouverts et donc acquis⁶⁶⁴. Lorsque la Convention Collective sera dénoncée, l'avantage individuel acquis s'incorporera naturellement au contrat de travail. Seule une modification du contrat de travail pourra supprimer cet avantage « *contractualisé* ».

464. Au sein d'une même entité pourront donc coexister des salariés engagés avant la dénonciation et bénéficiant d'avantages individuels acquis, ainsi que des salariés n'en bénéficiant pas soumis à la stricte application du code du travail. En effet, les salariés

⁶⁵⁹Cass. Soc., 15 mai 2001, pourvoi n° 99-41.669.

⁶⁶⁰Cass. Soc., 21 février 2007, pourvoi n° 05-43.136.

⁶⁶¹Cass. Soc., 13 mars 2001 – N° 99-45651.

⁶⁶²Cass. Soc., 1^{er} juillet 2008 – N° 07-40799.

⁶⁶³Cass. Soc., 13 mars 2001 – N° 99-45651.

⁶⁶⁴Cass. Soc., 23 juin 1999 - 97-43162.

embauchés pendant la période de survie de la convention, même s'ils ont bénéficié des avantages de cette convention pendant le délai de survie, ne bénéficieront pas des avantages individuels acquis proprement dits à l'expiration de cette période. Toutefois, la rémunération constituant un élément essentiel du contrat et ne pouvant être modifiée sans l'accord préalable du salarié, devra être maintenue à l'issue du délai de survie d'un an. En définitive, les salariés embauchés pendant la période de survie, ne bénéficieront pas des avantages individuels acquis à l'expiration de celle-ci, mais conserveront le montant et la structure de leur rémunération. Par ailleurs, les salariés embauchés à l'expiration du délai de survie ne bénéficieront d'aucune disposition dénoncée. L'employeur ne sera donc tenu, en aucune manière, d'effectuer une reprise d'ancienneté lors de l'embauche. Le montant de la rémunération sera également déterminé en vertu du principe de liberté contractuelle, sous réserve du respect du SMIC horaire et de l'adage « *à travail égal, salaire égal* ». Une inégalité de traitement entre salarié d'une même structure, appliquée en vertu du maintien des avantages individuels acquis, ne constitue donc pas une inégalité sanctionnée par la jurisprudence.

- 465.** Si la différence de traitement ne constitue pas une inégalité sanctionnée, il sera toutefois difficile d'anticiper la gestion des emplois et des compétences auprès de salariés statutairement différents et ne bénéficiant pas des mêmes avantages en termes de rémunération ou de reprise d'ancienneté. Par ailleurs, il est certain qu'il ne sera pas aisé de d'anticiper l'évolution de l'emploi de professionnels issus de cultures différentes, émanant du privé commercial, du privé non lucratif ou du public. En effet, du fait de la dénonciation de la convention, l'employeur pourra être amené à recruter du personnel au niveau minimal légal du SMIC, sans aucun avantage conventionnel en termes de rémunération. Cependant, on peut difficilement imaginer que des salariés émanant du privé non lucratif accepteront des postes moins bien rémunérés que leurs collègues, ou que dans leur précédente association. En tout état de cause, si le directeur veut conserver un bon niveau de compétence dans son établissement, il est probable qu'il devra, même si la loi ne l'y contraint pas, négocier la grille de salaire ou la reprise d'ancienneté de ces salariés nouvellement embauchés. En outre, il sera complexe au cours d'une démarche GPEC, de proposer à des salariés de même qualification, des formations de développement des compétences identiques, mais ne débouchant pas sur un même niveau de rémunération du fait du maintien des avantages antérieurement acquis. Entre le minimum légal et l'avantage conventionnel, le directeur d'établissement devra donc trouver le juste milieu lui permettant de conserver son attractivité et l'équilibre financier de sa structure. À terme, la dénonciation des conventions risque de favoriser le jeu de la négociation

individuelle au détriment de la négociation collective. En raison du manque de lisibilité des établissements par rapport à leur tarification, il est probable que le directeur privilégie le traitement individuel au traitement collectif, la tendance actuelle favorisant d'ailleurs l'accord local à l'accord de branche.

466. En effet, les réformes relatives aux systèmes de financement et de tarification⁶⁶⁵, ont notamment instauré les tarifs plafonds, les EPRD⁶⁶⁶, la fin du mécanisme de reprise des résultats et surtout la fin de l'opposabilité des conventions collectives pour les EHPAD et autres établissements d'accueil, d'hébergement et d'insertion⁶⁶⁷. C'est dans ce contexte de rigueur budgétaire que l'établissement devra mener une politique dynamique de GPEC, en tenant compte des exigences de l'organisme financeur.

467. Le bouleversement de la logique budgétaire et tarifaire de ces établissements, vient ébranler la « culture » et « l'histoire⁶⁶⁸ » de ce secteur peu habitué à fonctionner avec une enveloppe plafonnée. En effet, « le statut de l'établissement, sa convention collective, son mode de gestion des ressources humaines ou encore ses coûts historiques, ne constituent plus à moyen terme des éléments déterminants du financement attribué⁶⁶⁹ ». Dans un environnement financier contraint et tendu, il paraît ainsi difficile de garantir le maintien des avantages de la convention dénoncée au niveau de chaque salarié. Afin de s'adapter à cette nouvelle logique budgétaire, il est notamment probable que les départs à la retraite à venir entraînent un gel ou un redéploiement des postes, ceci afin d'éviter les licenciements.

468. En tout état de cause, les démarches GPEC entreprises par les établissements devront s'adapter à la logique de cet acteur qu'est la tutelle. Pour répondre aux enjeux du secteur, les organisations patronales ont d'ailleurs pour projet de créer une Convention Collective unique de branche modifiant les grilles de classification et de rémunération, et regroupant l'ensemble des conventions collectives couvertes par UNIFED, à savoir, la CCN 51, 66, Croix Rouge

⁶⁶⁵ Les réformes relatives aux systèmes de financement et de tarification ont été mises en œuvre par les lois de finance et de financement de la Sécurité sociale pour 2008 et 2009.

⁶⁶⁶ État des Prévisions des Recettes et des Dépenses (EPRD).

⁶⁶⁷ SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile), CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociales), SAD (Service d'Aide à Domicile), ESAT (Établissements et Services d'Aide par le Travail).

⁶⁶⁸ UNIOPSS, *Réformes de la tarification, Réflexion sur le positionnement politique de l'UNIOPSS*, 22 sept. 2010.

⁶⁶⁹ Assemblée Nationale, 13^e législature. Réponse publiée au JO le 16-03-2010, p. 3164, à la question publiée au JO le 12-05-2009, p. 4500.

Française, et Centres de lutte contre le cancer. Somme toute, beaucoup considèrent aujourd'hui que le système est « à bout de souffle », « car le secteur fonctionne avec des fonds publics sans que les pouvoirs publics jouent leur rôle d'acteur. Les employeurs ont perdu beaucoup de légitimité et n'arriveront plus à négocier seuls, ils sont assujettis à des contraintes externes et manquent de marge de manœuvre, ils n'ont plus la maîtrise !⁶⁷⁰ ».

469. Si au regard de l'actualité juridique, l'articulation entre GPEC et restructuration est source de conflits quant au statut juridique des professionnels, il apparaît qu'elle est également l'objet de contentieux prud'homaux quant à la procédure de licenciement économique (§2).

§2- Articulation contentieuse quant à la procédure de licenciement économique

470. Les documents de recherche relatifs à la GPEC se sont beaucoup attachés à la question juridique traitant de l'articulation entre GPEC et procédure de licenciement économique. Dès lors, il était impossible de passer outre ce questionnement qui a tant animé les débats d'experts et opposé une partie de la doctrine et les juridictions contentieuses. En effet, pendant quelques années, un courant jurisprudentiel très fort, mené par l'affaire « Nextiraone », considérait que la négociation relative à la GPEC devait nécessairement précéder toute mise en œuvre d'un plan de sauvegarde de l'emploi. Loin de faire l'unanimité doctrinale, cette position jurisprudentielle a cependant été remise en cause par la Cour de cassation, qui affirme dans un arrêt « Serca » du 30 septembre 2009, que la GPEC et le plan de sauvegarde de l'emploi constituent deux dispositifs autonomes qu'il convient de distinguer. À travers ce paragraphe, nous rappellerons le caractère distinct et autonome de la GPEC et du plan de sauvegarde de l'emploi (I). Cette étape sera l'occasion d'envisager les possibles sanctions de la GPEC (II).

⁶⁷⁰L. DAOVANNARY, *Rénovation de la CCN 66*, TSA, 9 déc. 2011. Propos de G. LEVASSEUR, administrateur CGT Action Sociale de l'IRTS, Institut Régional du Travail Social de Poitou-Charentes.

I- Le caractère distinct et autonome de la GPEC et du Plan de Sauvegarde de l'Emploi (PSE)

471. La consécration par l'arrêt Serca de l'étanchéité entre les notions de GPEC et de plan de sauvegarde de l'emploi, a été le fruit d'une longue évolution jurisprudentielle qu'il convient de retracer. Nous constaterons ainsi que l'affirmation du caractère distinct et autonome des deux obligations par la jurisprudence (A), a permis de mettre un terme à long conflit jurisprudentiel et doctrinal (B) en la matière.

A- L'affirmation du caractère distinct et autonome des deux obligations par la jurisprudence

472. Par un arrêt de principe en date du 30 septembre 2009⁶⁷¹, la Cour de cassation est venue mettre fin au contentieux jurisprudentiel et doctrinal relatif à l'articulation entre GPEC et plan de sauvegarde de l'emploi. En effet, si la jurisprudence NextiraOne a longtemps semé le trouble en la matière, la haute juridiction affirme dans son arrêt Serca que la validité d'un plan de sauvegarde de l'emploi n'est pas subordonnée au respect par l'employeur de ses obligations en matière de négociation de la GPEC ou de consultation du comité d'entreprise sur l'emploi. Elle précise que « *la régularité de la consultation du comité d'entreprise sur un projet de licenciement économique n'est pas subordonnée au respect préalable par l'employeur de l'obligation de consulter le comité d'entreprise sur l'évolution annuelle des emplois et des qualifications prévue par l'article L. 2323-56 du code du travail ni de celle d'engager tous les trois ans une négociation portant sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences imposée par l'article 2242-15 du même code* ». La cour de cassation a ainsi confirmé le positionnement de la cour d'appel de Montpellier qui se fondait sur le caractère autonome et distinct des obligations relatives aux négociations de la GPEC et à la consultation du comité d'entreprise au titre de l'évolution des emplois par rapport à la mise en place d'un plan de sauvegarde de l'emploi.

473. Précisons que cette décision de la Cour de cassation est née d'un courant jurisprudentiel qui tentait de démontrer l'étanchéité des dispositifs GPEC et plan de sauvegarde de l'emploi. En effet, dans quelques affaires précédentes, et notamment dans

⁶⁷¹Cass. soc., 30 sept. 2009, pourvoi n° 07-20.525, arrêt n° 1949 FS-P+B+R.

l'affaire Yoplait⁶⁷², les juges ont clairement affirmé que la GPEC n'est pas « *la condition préalable à la mise en œuvre d'un projet de licenciement obligeant la mise en place d'un plan de sauvegarde de l'emploi* ». Dans cette affaire, il a été reproché aux organisations syndicales de ne pas avoir demandé l'ouverture de négociation après l'annonce du projet de restructuration. Cette position du tribunal demeure toutefois ambiguë, car il sous-entend qu'il aurait pu se prononcer différemment, si les organisations syndicales avaient demandé l'ouverture des négociations. À l'instar de cette décision, la Cour d'Appel de Versailles a décidé dans l'affaire dite EDF⁶⁷³, que l'absence de négociation dans le délai de 3 ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi, ne peut entraîner la suspension d'une décision du chef d'entreprise, dans la mesure où les organisations syndicales n'ont pas demandé l'ouverture des négociations. Enfin dans l'affaire Sanofi Aventis du 11 janvier 2007⁶⁷⁴, le TGI de Paris refuse d'établir tout lien entre GPEC et plan de sauvegarde de l'emploi et précise de ce fait que la GPEC « *ne s'impose pas comme une condition préalable avant des mesures de licenciements impliquant la mise en œuvre d'un PSE* ».

474. Une partie de la doctrine s'est faite l'écho de ces décisions favorables au caractère distinct et autonome des deux obligations. Certains auteurs considèrent ainsi que le législateur n'avait aucunement l'intention de faire de la GPEC une condition de mise en œuvre du plan de sauvegarde de l'emploi⁶⁷⁵. En effet, si tel avait été le cas, ce dernier n'aurait certainement pas manqué de le signifier explicitement, comme il l'avait fait à travers l'amendement Michelin⁶⁷⁶, concernant l'obligation de négocier un accord de RTT, préalablement à l'établissement d'un plan de sauvegarde de l'emploi. Par ailleurs, ainsi que le précise G. BELIER et S. GUEDES DA COSTA, « *GPEC et PSE sont deux dispositifs autonomes*⁶⁷⁷ », aux finalités et temporalités divergentes. En effet, le premier intervient de manière régulière,

⁶⁷² Appel Versailles, réf. 15 nov. 2006, Yoplait, n°06/06930.

⁶⁷³ Appel Versailles, 14e ch. 22 nov. 2006, EDF. Dans le même sens, une décision du TGI de Brest, en date du 27 octobre 2006, affirme également que dans l'hypothèse où l'employeur refuse d'ouvrir une négociation sur la GPEC, les juges pourraient « *remettre en cause* » les procédures de licenciement économique. TGI Brest, réf. 27. Oct. 2006, JABIL Circuit, n°06/00316. Conformément à cette position, le TGI de Colmar dans une décision Georgia Pacific France, a suspendu le PSE mis en place par l'employeur, au motif que celui-ci n'avait pas engagé la négociation, alors même que les syndicats en avaient fait la demande.

⁶⁷⁴ TGI Paris, réf. 11 janv. 2007, Sanofi Aventis, n°06/60103.

⁶⁷⁵ F. FAVENNEC-HERY, *Du droit du licenciement au droit de l'employabilité du salarié*, Sem. Soc. Lamy n°1291 du 22 janv. 2007, p. 3-7.

⁶⁷⁶ Amendement intégré à la loi de Modernisation sociale du 17 janv. 2002. Ancien art. L.321-4-1, al. 2 à 4 du c. travail.

⁶⁷⁷ G. BELIER, S. GUEDES DA COSTA, *GPEC/PSE : deux dispositifs autonomes*, Sem. Soc. Lamy du 22 janv. 2007, p. 8.

alors que le deuxième se manifeste en période de crise de manière imprévisible. Dès lors, la GPEC a pour objet d'anticiper et de préserver l'emploi, alors que le plan de sauvegarde de l'emploi a pour objet d'éviter les licenciements.

B- La fin d'un contentieux jurisprudentiel et doctrinal

475. La jurisprudence Serca, est venue apporter des réponses au contentieux jurisprudentiel et doctrinal relatif à l'effectivité de l'obligation triennale (1), mais aussi au caractère préalable de l'obligation de négocier la GPEC (2).

1- Contentieux quant à l'effectivité de l'obligation triennale

476. A travers la jurisprudence Serca, la Cour de cassation est donc venue mettre un terme au débat jurisprudentiel tendant à établir un lien entre GPEC et plan de sauvegarde de l'emploi. Il est ainsi permis de s'interroger sur les raisons ayant poussé tant la doctrine que les tribunaux à établir cette « *liaison* », souvent qualifiée de « *dangereuse*⁶⁷⁸ » entre les deux dispositifs.
477. La problématique relative à l'articulation entre GPEC et plan de sauvegarde de l'emploi est probablement née d'un premier questionnement concernant la date d'application de l'obligation triennale de négocier. En effet, rappelons qu'en vertu de l'article L.2242-15 du Code du travail, l'employeur a l'obligation d'engager tous les 3 ans une négociation sur la mise en place d'un dispositif GPEC. Cette disposition promulguée le 18 janvier 2005, parue au Journal Officiel le 19 janvier, est finalement entrée en vigueur le 20 janvier 2005. De ce fait, contrairement à certaines organisations syndicales, beaucoup d'établissements considéraient qu'ils avaient 3 ans, soit jusqu'au 20 janvier 2008, pour remplir leur obligation en matière de négociation triennale. Ce débat jurisprudentiel, qui aujourd'hui n'est plus vraiment d'actualité, demeure pour autant révélateur des difficultés d'articulation existantes entre GPEC et plan de sauvegarde de l'emploi. Tout un cortège de décisions jurisprudentielles est donc venu alimenter le débat quant à la date de mise en œuvre de l'obligation triennale, qui semble-t-il, devrait intervenir au plus vite, notamment en cas de difficultés économiques et de menaces de plan de sauvegarde de l'emploi.

⁶⁷⁸GPEC/PSE : *Une liaison devenue dangereuse* ? Semaine sociale Lamy 2007, 1291.

478. Ainsi, dans une première affaire, communément intitulée Téfal/Seb, le TGI d'Annecy⁶⁷⁹ a considéré que l'employeur est tenu d'engager la négociation sur le GPEC avant un délai de 3 ans suivant la date d'entrée en vigueur de la loi. Cette position a par ailleurs été confortée par la Cour d'Appel de Versailles dans l'affaire dite Yoplait. Pour autant, dans deux affaires similaires, NextiraOne et Ténovis⁶⁸⁰, les TGI de Créteil et de Paris ont statué dans un sens contraire en préconisant l'intervention la plus rapide possible de l'employeur. En effet, dans l'affaire Ténovis, le TGI de Créteil précise qu'au regard de la finalité de l'obligation triennale, « *les partenaires sociaux devaient l'organiser au plus vite* ». De même, dans l'affaire NextiraOne, la Cour d'Appel de Paris confirme que la négociation relative à la GPEC devait être engagée « *pour la première fois, avant cette date, soit le 20 janvier 2008, qui constitue l'échéance d'un premier délai de 3 ans depuis la promulgation du texte* ».

479. Ces jurisprudences qui à l'époque ont fait couler beaucoup d'encre, sont le signe évident que, certes, la GPEC exalte les débats, mais surtout que les partenaires sociaux tentent d'établir un lien entre GPEC et plan de sauvegarde de l'emploi. En effet, si la GPEC a été institutionnalisée le 18 janvier 2005, n'oublions pas qu'elle existait déjà sous des formes diversifiées, bien avant l'entrée en vigueur de la loi. Dès lors, bien avant le 20 janvier 2008, il apparaît que la gestion prévisionnelle de l'emploi devait demeurer une sollicitude perpétuelle pour tout bon gestionnaire des ressources humaines soucieux d'éviter les licenciements économiques. Précisons qu'afin d'éviter tout conflit jurisprudentiel à ce sujet, il aurait certainement été opportun que le législateur précise de manière explicite, et non par le biais de délai, la date butoir de mise en œuvre de la négociation triennale.

2- Contentieux quant au caractère préalable de l'obligation triennale

480. Si aujourd'hui, le débat quant à l'effectivité de l'obligation triennale semble dépassé, la problématique quant à l'articulation de la GPEC et de la procédure de licenciement a pendant longtemps été source de conflits. Les débats semblaient guidés par la question suivante : la négociation relative à la GPEC est-elle un préalable obligatoire pour l'établissement, à la mise en œuvre d'un plan de sauvegarde de l'emploi ? Avant la jurisprudence Serca, tant la doctrine que les tribunaux ont apporté des réponses partagées à ce questionnement. Ces derniers distinguaient ainsi deux hypothèses et corrélativement deux

⁶⁷⁹TGI Annecy, 10 janv. 2007, n°06/02037, Téfal/Seb.

⁶⁸⁰TGI Créteil, référé, 29 nov. 2006, n°06/01730, Ténovis.

questionnements. D'une part, en l'absence d'accord GPEC, l'établissement est-il tenu de négocier préalablement à la procédure de licenciement économique ? D'autre part, en présence d'un accord, une mise en œuvre « *défaillante* » ou « *négligée* » de celui-ci, peut-elle suspendre la procédure de licenciement ?

481. Dans l'hypothèse où il n'existe pas encore d'accord GPEC, les débats ont donné lieu à une effervescence jurisprudentielle, conduite par les décisions du TGI et de la Cour d'Appel de Paris dans l'affaire NextiraOne, qui considéraient que la négociation triennale constituait un préalable obligatoire aux procédures de licenciement économique. En effet, dans un premier temps, le TGI de Paris a conclu que les articles L.320-2, L.320-3 et L.432-1-1 du code du travail traduisent dans leur ensemble « *la volonté du législateur d'imposer aux entreprises une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences afin de prévenir les licenciements pour motif économique* ». Dès lors, « *cette obligation légale pèse sur l'employeur depuis l'entrée en vigueur de ladite loi, [...] son non-respect constitue un trouble manifestement illicite* ». Dans cette affaire, les juges ont donc décidé de suspendre la procédure d'information du comité d'entreprise au titre des livres IV et III, tant que la société n'aurait pas engagé les négociations obligatoires, et mené à terme la procédure d'information consultation du CCE sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Ce jugement a dans un deuxième temps été conforté par la Cour d'Appel de Paris⁶⁸¹, qui a estimé que l'obligation de négocier est « *d'autant plus impérative qu'un employeur envisage une décision susceptible d'avoir des effets sur l'emploi et que le comité d'entreprise le sollicite pour cette raison* ». « *La négociation sur la GPEC n'a de pleine utilité, dans une telle hypothèse, que si elle intervient avant la prise de décision sur la modification des emplois et les éventuels licenciements* ».

482. Les tribunaux ont également tenté d'apporter des éléments de réponse concernant l'articulation entre les deux dispositifs en présence d'un accord. Dès lors, la problématique était la suivante : Lorsque l'accord GPEC existe déjà, l'employeur a-t-il l'obligation de le mettre en œuvre préalablement à l'élaboration d'un plan de sauvegarde de l'emploi ? Selon l'arrêt Cap Gemini⁶⁸², en présence d'un accord, la mise en œuvre de la GPEC est un préalable obligatoire à l'engagement des procédures de licenciement économique. Dans cette affaire, les

⁶⁸¹ Appel Paris, 14e ch. 7 mars 2007, NextiraOne c/Syndicat CGT UFICT Personnel de NextiraOne France et a. n°06/17500.

⁶⁸² TGI Nanterre, 5 sept. 2006, Comité central d'entreprise de l'UES Cap Gemini et a. c/Sté Cap Gemini et a. n°06/01923, RPDS 2006, n°740, p.66.

juges ont constaté la « *défaillance* » de la GPEC qui n'avait manifestement pas été mise en œuvre. Cette position a par ailleurs, été confirmée par le TGI de Créteil dans l'affaire Ténovis⁶⁸³, qui considère que la GPEC doit nécessairement correspondre à « *une approche constante* », voire à une « *négociation permanente* ». En l'espèce, le tribunal a ordonné la suspension de la procédure d'information- consultation du Comité d'entreprise, au titre du livre III et IV, et précise que « *la GPEC n'est pas un doublon du PSE mais tend à éviter celui-ci en comblant régulièrement par un ajustement constant, quasi-cybernétique, l'offre de qualifications aux exigences de la demande marchande* ».

483. Pendant longtemps, ce courant jurisprudentiel a donc affirmé l'idée que, tant, la négociation de la GPEC⁶⁸⁴, que l'information consultation annuelle du comité d'entreprise sur l'évolution des emplois et des qualifications⁶⁸⁵, constituaient des préalables obligatoires à la mise en œuvre d'un plan de sauvegarde de l'emploi. Cette position a par ailleurs été confortée par de nombreux commentateurs qui considéraient que le positionnement de l'ancien article L.320-2 dans le code du travail, justifiait le caractère préalable de la négociation relative à la GPEC. En effet, à l'origine, cet article L.320-2 était inséré au sein du chapitre préliminaire précédant le chapitre visant les licenciements économiques. Certains auteurs en ont déduit que la négociation sur la GPEC visée par L.320-2, et que la consultation du CE au titre de L.432-1-1, constituaient des préalables obligatoires à la mise en place d'un plan de sauvegarde de l'emploi.

484. Les anciens articles L.320-2 et L.432-1-1 du code du travail, sont donc facteurs de doutes et de confusions quant à l'interprétation du caractère préalable ou non de la négociation triennale. En effet, l'article L.320-2 comprend des dispositions relatives non seulement à l'obligation triennale, mais également aux accords de méthode. Cette confusion des genres est également alimentée par l'article L.432-1-1, fondement juridique de l'affaire NextiraOne, qui rappelle que le CE « *est informé et consulté sur les prévisions annuelles ou pluriannuelles et les actions, notamment de prévention et de formation, que l'employeur envisage de mettre en œuvre compte tenu de ces prévisions, particulièrement au bénéfice des salariés âgés ou présentant des caractéristiques sociales ou de qualification qui les exposent plus que d'autres aux conséquences de l'évolution économique ou technologique* ». En outre,

⁶⁸³TGI Créteil, 29 nov. 2006, Sté Ténovis, n°06/01730.

⁶⁸⁴Art. L.2242-15 c. travail. Ancien Art. L.320-2.

⁶⁸⁵Art. L.2323-56 c. travail. Ancien Art. L.432-1-1.

on peut constater qu'au regard de la Circulaire du 30 décembre 2005, le législateur couple GPEC et restructuration par l'intermédiaire des accords de méthode. Dans cette circulaire, il est précisé que la loi BORLOO « a pérennisé la possibilité ouverte aux entreprises de conclure des accords de méthode, permettant d'adapter les procédures d'information consultation et, le cas échéant, d'anticiper le contenu des plans de sauvegarde de l'emploi ».

485. Au regard de l'obligation générale de l'employeur d'assurer l'adaptation du salarié à l'évolution de son poste de travail, beaucoup d'auteurs considèrent également que la négociation relative à la GPEC doit effectivement être un préalable au PSE. Pour autant, il est opportun de rappeler le possible « effet pervers⁶⁸⁶ » d'une suspension des procédures d'information consultation des représentants du personnel dans le cadre d'un licenciement économique. Différer toute mise en œuvre du plan de sauvegarde de l'emploi pourrait ainsi conduire à altérer la situation économique de l'entreprise, ce qui bien évidemment conduirait à un effet « contreproductif⁶⁸⁷ ».

486. Dorénavant, le caractère distinct et autonome des deux dispositifs est affirmé par la jurisprudence. Cette consécration est l'occasion de nous intéresser aux possibles sanctions de la GPEC et notamment au vaste contentieux relatif à l'impact de l'absence de GPEC, sur la validité de la cause réelle et sérieuse de licenciement (II).

II-Les sanctions de la GPEC

487. En tout état de cause, si le courant jurisprudentiel mené par l'arrêt Nextiraone, tendait à établir un lien étroit entre GPEC et plan de sauvegarde de l'emploi, le communiqué de presse accompagnant les arrêts Pages jaunes, n'a fait que renforcer le doute quant à l'interdépendance des deux dispositifs. Dans ces affaires, la question de l'impact de l'absence de GPEC sur la validité du licenciement économique était posée. Plus précisément, l'absence ou la médiocrité de la GPEC, pouvait-elle remettre en cause le caractère réel et sérieux du licenciement ? Dans ses arrêts du 11 janvier 2006⁶⁸⁸, la Cour de cassation a considéré que « la

⁶⁸⁶S. GIRAUD, F. QUENTIER, *La GPEC*, Action juridique, n° 184, mai-juin 2007, p. 20.

⁶⁸⁷S. GIRAUD, F. QUENTIER, *op. cit.*

⁶⁸⁸Cass. soc., 11 janvier 2006, n° 04-46.201, M. Joël AINS c/ Société Les « Pages jaunes », ; Cass. soc., 11 janvier 2006, n° 05-40.977, Société « Pages jaunes » c/ M. Philippe DELPORTE. C. RADE, *Un nouveau pas en avant pour le licenciement économique fondé sur la sauvegarde de la compétitivité des entreprises*, Lexbase Hebdo n° 198 du 19 janvier 2006 - édition sociale.

réorganisation de l'entreprise constitue un motif de licenciement économique si elle est mise en œuvre [...] pour prévenir les difficultés économiques à venir liées à des évolutions technologiques et leur conséquences sur l'emploi ». Par ailleurs, dans son communiqué de presse, la Cour a précisé qu'elle s'interrogeait sur le fait de savoir si la négociation triennale ne devait pas « *conduire à une approche plus rigoureuse des mesures de licenciement économique qui interviendraient par la suite, notamment lorsque la gestion prévisionnelle aura été défaillante* ». Les juges semblaient donc considérer que les licenciements économiques prononcés alors que la GPEC aura été « *défaillante* » seraient appréciés de manière restrictive. Ainsi que l'affirmait à cette époque Madame Marie-Laure MORIN, conseiller à la Cour de cassation, « *la notion de GPEC active permet aux juges d'apprécier la notion de sauvegarde de compétitivité, et, dans le pire des cas, le licenciement*⁶⁸⁹ ». Au regard de cette jurisprudence, dans l'hypothèse d'un licenciement économique « *préventif* », l'insuffisance en matière de GPEC pouvait donc constituer une sanction pour l'employeur négligeant ou de mauvaise foi, et conduire à la qualification de licenciement économique abusif. A contrario, la mise en œuvre d'une GPEC loyale et de qualité pouvait constituer un motif de licenciement économique⁶⁹⁰.

488. Cette position a d'ailleurs été confortée par l'arrêt Dunlop du 21 novembre 2006⁶⁹¹ dans lequel la Cour de cassation confirme le jugement de la Cour d'appel de Riom qui considérait que la « *compétitivité de l'entreprise et du secteur d'activité du groupe* » autorisait la société Dunlop à adopter des mesures correctrices. En l'espèce, la réorganisation avait pour objet d'anticiper les difficultés « *prévisibles* » et futures de la société. En définitive, dans cette affaire « *les magistrats considèrent que la GPEC a pour objet de prévenir et d'éviter les licenciements*⁶⁹² ».

489. Les arrêts Pages jaunes ont également semé le doute quant aux conséquences de l'absence de GPEC sur l'obligation de reclassement. En effet, conformément à l'article

⁶⁸⁹L.TEYSSENDIER, *Licencier en prévision des difficultés économiques : Les arrêts « Pages jaunes »*, 29 juin 2006, <http://www.village-justice.com/articles/Licencier-prevision-difficultes2037.html>. Compte rendu du colloque Droit/RH organisé par Legiteam le 1^{er} juin 2006, relatif aux célèbres arrêts Pages Jaunes, en présence de Marie-Laure MORIN, Conseiller à la Cour de cassation, Francine BLANCHE, secrétaire confédérale de la CGT, et Pierre-Emmanuel LECLERCQ, DRH de Médiapost, et de Régis CUSINBERCHE, avocat du cabinet Thésis.

⁶⁹⁰L. MILET, *La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*, RPDS n°747, juil. 2007, p. 233.

⁶⁹¹Cass. soc. 21 nov. 2006, Goodyear Dunlop Tires France, n°05-40656, bull. 349, RDT 2007. 106.

⁶⁹²C. NEAU-LEDUC, *Les sanctions de la GPEC*, Dr. social, 11 nov. 2007, p. 1084.

L.1233-4 du Code du travail, le licenciement pour motif économique ne peut intervenir que lorsque le reclassement de l'intéressé, sur un emploi relevant de la même catégorie que celui qu'il occupe ou sur un emploi équivalent, ne peut être opéré dans l'entreprise ou dans les entreprises du groupe auquel l'entreprise appartient. Si le juge peut qualifier le licenciement de sans cause réelle et sérieuse pour non-respect par l'employeur de son obligation de reclassement, il convient de se demander si le respect de cette obligation ne sera pas analysé plus rigoureusement en l'absence de négociation ou d'accord GPEC ? Dans la mesure où la démarche GPEC a pour objet de permettre à l'employeur d'anticiper les évolutions de l'emploi et des compétences dans l'entreprise, beaucoup considèrent que « *l'obligation de reclassement s'impose, sinon comme une obligation de résultat, au moins comme une obligation de moyen renforcée* ⁶⁹³ ».

490. Somme toute, au regard de la jurisprudence Pages jaunes, le non-respect par l'employeur de son obligation de négocier loyalement la GPEC pourrait conduire le juge à ôter au licenciement son caractère réel et sérieux. Dès lors, nous pourrions nous interroger quant à la nature de la sanction qui pourrait accompagner ce licenciement. Si, l'octroi de dommages-intérêts pour licenciement sans cause réelle et sérieuse semble évident, la nullité du licenciement et la réintégration des salariés sont au contraire peu envisageables. En effet, dans la mesure où le législateur n'a assorti l'obligation triennale d'aucune sanction, il paraît difficile de prononcer la nullité du licenciement, ceci en vertu de l'adage « *pas de nullité sans texte* ⁶⁹⁴ ». Au titre des sanctions de la GPEC, il est également possible d'envisager l'indemnisation du préjudice occasionné par le non-respect de l'obligation triennale. L'employeur serait ainsi responsable de la perte de chance du salarié, de s'adapter à l'évolution de son emploi. De ce fait, ce préjudice pourrait donner lieu à réparation sous forme de dommages-intérêts ⁶⁹⁵.

491. Ce positionnement jurisprudentiel des arrêts Pages jaunes semblait donc bien acquis avant l'intervention de la Cour de cassation en 2009, consacrant le caractère distinct et autonome des deux dispositifs. Il conviendra certainement d'attendre les prochains jugements en la matière afin de confirmer la position de la chambre sociale quant aux conséquences de l'absence de GPEC sur la cause réelle et sérieuse du licenciement.

⁶⁹³L. MILET, *op. cit.* p. 233.

⁶⁹⁴S. GIRAUD, F. QUENTIER, *op. cit.* p.21.

⁶⁹⁵S. GIRAUD, F. QUENTIER, *op. cit.* p. 20.

Conclusion Section 2

492. Au regard de cette seconde section relative à l'articulation contentieuse entre GPEC et restructuration, on constate que la mise en œuvre d'un accord GPEC en période de restructuration sera très complexe, notamment lorsqu'elle suscite modification des contrats de travail, et de ce fait, rupture des contrats pour motif économique. Somme toute, afin de calmer les débats quant à l'articulation entre GPEC et plan de sauvegarde de l'emploi, ne peut-on pas s'interroger sur l'opportunité de créer un nouveau régime légal autonome de la GPEC ? Conformément aux positions de certains auteurs⁶⁹⁶, ce nouveau régime distinct de celui du licenciement économique, pourrait intégrer l'obligation pour l'employeur de maintenir l'employabilité des salariés, et créer un régime propre de rupture du contrat de travail, s'inspirant par exemple du dispositif des ruptures conventionnelles.

Conclusion Chapitre

493. Mener une démarche GPEC au cœur des restructurations, représente une réelle contrainte technique et juridique source de contentieux pour l'établissement de santé. De ce fait, mêler ces deux concepts, qui plus est, dans le champ sanitaire et médico-social, constitue un réel défi pour l'établissement, qui devra certainement se doter de conseils juridiques et s'armer du soutien de l'administration pour la réalisation de cette opération.

494. Si la contrainte et les difficultés de mise en œuvre ne peuvent être niées, rappelons la formidable opportunité de terrain que représente l'accord GPEC, en tant qu'outil de dialogue social, de gestion et de traitement des difficultés. En tout état de cause, la GPEC ne doit jamais correspondre à « l'antichambre » ou à « l'antidote » d'un plan de sauvegarde de l'emploi. Il doit s'agir d'un outil pertinent d'accompagnement des restructurations et des coopérations entre établissements, conforté par la tutelle, dans un contexte de rationalisation de l'offre de soin.

⁶⁹⁶G. KESZTENBAUM, A.-L. DODET, O. RAULT, *op. cit.* p.7.

Conclusion Titre second

- 495.** Les débats entourant la GPEC révèlent l'intérêt des experts et des acteurs de terrain pour cette notion dont la mise en œuvre pratique suscite interrogations et contentieux jurisprudentiels.
- 496.** Saisissante d'actualité, la GPEC déchaîne les chroniques dans un secteur en proie aux recompositions hospitalières, coopérations et dénonciations de Conventions collectives. Par ailleurs, véritable sujet ambivalent, la négociation triennale ne doit en aucune manière conduire à l'amalgame peu flatteur entre GPEC et licenciement économique.
- 497.** Traiter dans ce titre II, du lien tenu entre GPEC et restructurations aura le mérite de faire émerger un acteur incontournable, autorité décisionnaire des restructurations et sans lequel aucune GPEC de grande envergure ne pourrait se matérialiser : la tutelle. Prescrite, accompagnée et financée par l'administration, la GPEC représente donc une véritable contrainte juridique, dont la mise en œuvre, ô combien complexe et technique, nécessite la maîtrise des règles de négociation. Pour autant, l'intérêt porté à cette démarche par l'administration démontre la réelle opportunité stratégique que représente la GPEC dans un secteur en quête de rationalisation et de modernisation de ses structures.

Conclusion Partie I

- 498.** En tout état de cause, assimiler la GPEC à une simple contrainte juridique, serait peu révélateur de la réalité du terrain. En effet, s'il est vrai que la négociation triennale s'impose aux établissements d'au moins 300 salariés soumis au Code du travail, nous constatons que de nombreuses structures s'engagent dans ce type de négociation, et s'exposent dès lors au risque de contentieux, alors même qu'elles n'y sont pas tenues par la loi.
- 499.** De toute évidence, ces établissements ont fait le choix de saisir l'opportunité que représente la GPEC, en s'affranchissant de la contrainte par la mise en œuvre libre et volontaire de la négociation. Bien entendu, la contrainte juridique est essentielle, car elle encadre, sécurise et institutionnalise la notion. Pour autant, de simple mécanisme obligatoire, source de contentieux, la GPEC se doit d'être vu « *autrement* ». Cette démarche prévisionnelle et opérationnelle en direction du développement des activités de santé, constitue une réelle opportunité pour les établissements.
- 500.** Négocier la GPEC sans y être contraint. Transformer la contrainte en opportunité. Tels sont les enjeux auxquels doit répondre cette démarche, aujourd'hui, dans le secteur de la santé.
- 501.** Au-delà de la qualification retenue, des contentieux en la matière, la GPEC s'avère donc être un outil singulier, modulable en fonction de la typologie des structures qu'il convient d'adapter au champ de la santé, en lui conférant un aspect essentiellement stratégique, orienté vers la qualité de prise en charge du patient et l'utilisateur du système de santé.

SECONDE PARTIE

LA GPEC, UNE OPPORTUNITÉ STRATÉGIQUE POUR L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET LE TERRITOIRE DE SANTÉ

« Soigner. Donner des soins, c'est aussi une politique. Cela peut être fait avec une rigueur dont la douceur est l'enveloppe essentielle. Une attention exquise à la vie que l'on veille et surveille. Une précision confiante. Une sorte d'élégance dans les actes, une présence et une légèreté, une prévision et une sorte de perception très éveillée qui observe les moindres signes. C'est une sorte d'œuvre, de poème (et qui n'a jamais été écrit), que la sollicitude intelligente compose. »

Paul Valéry, *Œuvres – Mélange*, Bibliothèque de la pléiade, Éditions Gallimard, 1957, p.322.

502. Ancrée dans la vie quotidienne des patients, le droit de la santé apparaît comme un droit flexible, disposant d'une « *variable d'adaptation* »⁶⁹⁷ et nécessitant de fait que la GPEC en santé soit appréhendée de manière pratique. Replacer la GPEC au sein de l'environnement juridique des établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux, nous conduit nécessairement à resituer la notion par rapport aux sujets de droit de la santé que sont le patient et l'usager du système de santé.
503. En effet, la GPEC évolue entre impératifs techniques guidés par le droit du travail et devoir d'humanisme s'imposant aux professionnels de santé. Elle resitue l'humain, c'est-à-dire le professionnel mais aussi le patient, au cœur des débats. Bien plus que le management du capital humain, la GPEC est guidée par des impératifs d'humanité et de dignité propres au droit de la santé. Dès lors, si « *médecins et juristes incarnent deux humanismes* »⁶⁹⁸ se préoccupant l'un et l'autre de la personne, la GPEC menée au sein des établissements se préoccupe certes de manager les professionnels de santé, mais plus encore du patient en termes de qualité des prestations.
504. « *Volontairement qualifiée d'intuitive* »⁶⁹⁹, la dignité en tant que « *principe cardinal du droit* » ou « *argument jurisprudentiel* »⁷⁰⁰, trouve une place toute particulière au sein de la démarche GPEC en santé. Si « *la dignité est un geste éthique qu'accomplit l'humanité sur elle-même* »⁷⁰¹, la démarche GPEC menée dans le champ de la santé, trouvera toute sa singularité en gardant comme même et unique fil conducteur la qualité de prise en charge du patient, fondée sur la notion de dignité. Dès lors, au-delà de la nécessité de former du personnel compétent, disponible et adaptable, la GPEC doit contribuer à préserver la protection, l'autonomie et l'épanouissement des personnes prises en charge. Cette préoccupation visant la qualité des soins et le bien-être du patient doit s'exprimer tant lors de la mise en œuvre d'une GPEC « *traditionnelle* » que d'une GPEC territoriale.

⁶⁹⁷ F. VIALLA, *Les grandes décisions du droit médical, Introduction*, p. 3.

⁶⁹⁸ R. SAVATIER, *L'universalisme renouvelé des disciplines juridiques, au confluent de deux humanismes : ententes et mésententes entre médecins et juristes*, *Les métamorphoses économiques et sociales du droit privé d'aujourd'hui*, n°213, p. 234.

⁶⁹⁹ B. MATHIEU, *La dignité de la personne humaine : quel droit ? quel titulaire ?*, D. 1996, chron., p. 282.

⁷⁰⁰ M.-F. CALLU, F. VIALLA (dir.), *Les grandes décisions du droit médical, dignité et santé*, p. 29-43.

⁷⁰¹ L. SEVE, in B. DORAY, *La dignité - Les debouts de l'utopie, La dispute*, 2006, p. 119.

505. Au-delà de la contrainte juridique, la GPEC représente donc une formidable opportunité stratégique se manifestant tant au niveau de l'établissement (Titre premier) que du territoire de santé (Titre second).

TITRE PREMIER

UNE OPPORTUNITÉ STRATÉGIQUE AU NIVEAU DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

- 506.** La GPEC est une démarche stratégique. En ce sens, elle coordonne les dispositions législatives, les mesures RH et les acteurs, afin d'atteindre un seul et même but : la qualité des prestations. Dès lors, à travers ces différents chapitres nous démontrerons l'existence d'un lien de concordance entre GPEC et qualité. Pour ce faire, nous constaterons que lorsque la GPEC tend à promouvoir l'amélioration des conditions de travail des professionnels, elle tend également à favoriser l'accomplissement d'un travail de qualité, indispensable à la qualité des soins. La bientraitance des professionnels a donc une incidence sur la bientraitance des usagers.
- 507.** Cet objectif conforme à celui des tutelles et de l'établissement, traduit toute la singularité de la démarche GPEC dans le champ de la santé. Guidée par la bientraitance des hommes, professionnels et patients, la GPEC répond à un savoir-faire méthodologique mais également empirique, s'appuyant sur l'expérience du terrain afin d'aboutir à des hypothèses d'action.
- 508.** Assurément, la démarche GPEC du secteur doit être une démarche réflexive, ouverte sur l'établissement de demain et interrogeant des voies jusque-là inexplorées. Tournée vers la qualité des soins et l'avenir technologique, la démarche doit non seulement questionner les conditions de travail des professionnels et la notion de savoir-être, mais également le développement des Systèmes d'information et de la télémedecine.

509. Dès lors, nous nous intéresserons à cette démarche stratégique visant à améliorer la qualité du service rendu aux personnes (chapitre premier), avant de questionner le savoir-faire GPEC (chapitre second).

CHAPITRE PREMIER

UNE DÉMARCHE STRATÉGIQUE VISANT A AMÉLIORER LA QUALITÉ DU SERVICE RENDU AUX PERSONNES

- 510.** Si d'un point de vue juridique, la démarche GPEC est souvent désignée comme une contrainte aux contours mal définis, protéiformes ou asymétriques, d'un point de vue stratégique il s'agit d'une réelle opportunité répondant à une logique linéaire et continue. A travers ce chapitre, nous démontrerons que la GPEC est la résultante d'une démarche chronologique guidée par un seul et même fil conducteur, ayant pour objectif majeur, la qualité de prise en charge du patient.
- 511.** En effet, au sein d'une économie planifiée, la démarche GPEC répond, en « *extra* », aux exigences des tutelles, et en « *intra* », à celles de l'établissement. De part et d'autre, les orientations stratégiques des tutelles et de l'établissement sont réunies par un même objectif fédérateur : la qualité des prestations. Il s'agit là de l'essence même de la démarche GPEC.
- 512.** Somme toute, c'est bien à partir des grandes orientations stratégiques des tutelles que se dessine la stratégie de l'établissement et notamment la politique sociale. Le volet social du projet d'établissement apparaît ainsi comme étant le vecteur de la démarche GPEC. Elle est la résultante d'une démarche stratégique orchestrée par les tutelles, transcrite dans le volet social du projet d'établissement et concourant à la démarche qualité. En suivant ce fil conducteur, la GPEC apparaît comme étant une démarche stratégique, corrélative à la démarche qualité.
- 513.** Afin d'établir le lien entre démarche GPEC et démarche qualité, nous démontrerons l'existence d'un « *cercle vertueux*⁷⁰² » liant qualité de vie au travail et qualité des soins. Ainsi,

⁷⁰² Rencontre HAS 2011. *Qualité des soins et qualité de vie au travail : un cercle vertueux ?* Table ronde 5 du 18 nov. 2011. Modérateur : Thomas LE LUDEC – Directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, Haute Autorité de Santé. Intervenants : Andrée BARRETEAU – Directrice

lorsque la démarche GPEC tend à favoriser l'amélioration des conditions de travail des professionnels, elle tend nécessairement à promouvoir la bien-traitance des patients.

514. Par ailleurs, nous rappellerons que le processus GPEC évolue dans un secteur régi par la notion de démarche métier et par une certaine culture de la compétence et de son évaluation. Elle suscite notamment le recours à un certain nombre d'outils stratégiques permettant d'élaborer une cartographie des métiers et des compétences, dont l'objectif majeur est la réalisation d'un travail de qualité.

515. L'ensemble de ces éléments nous permettra de constater qu'en amont la GPEC est une démarche stratégique, guidée par les tutelles, et adaptée au volet social de l'établissement. En aval, cette démarche permettra de satisfaire un même objectif fédérateur, à savoir la qualité de prise en charge du patient. Dès lors, la démarche GPEC apparaît comme étant une démarche stratégique (Section I), concourant à la démarche qualité (Section II).

Section 1- Une démarche stratégique

516. La démarche GPEC fait écho aux diverses stratégies dictées par l'autorité administrative et reprises par l'institution au sein de son projet d'établissement. En effet, cette démarche est dite « *non autonome*⁷⁰³ » car très largement orientée par les tutelles, mais aussi par la procédure de certification. Elle est également dite « *sur mesure*⁷⁰⁴ », car adaptée à l'institution ainsi qu'à son volet social. Dès lors, si la GPEC est une démarche stratégique entièrement cadrée par l'administration, elle épouse nécessairement les formes de l'institution.

de l'offre de soins et médico-sociale, ARS Ile-de-France ; Alain CHALOCHE – Directeur, Organisation qualité et des relations avec les usagers, Hospices Civils de Lyon ; Philippe DAVEZIES – Enseignant chercheur en médecine et santé au travail, Université Claude Bernard Lyon ; Pascale LEVET – Directrice technique et scientifique, Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail.

⁷⁰³ IGAS, *Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants*, Avril 2012. Rapport n°RM2012-046P, p. 3.

⁷⁰⁴ ANAP, *Améliorer la gestion des ressources humaines : la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*, p.20.

517. D'un point de vue macroéconomique, il s'agit donc d'une démarche « *non autonome* », liée à son environnement externe (§1). D'un point de vue microéconomique, il s'agit d'une démarche « *sur mesure* » (§2) adaptée à la typologie de l'institution.

§1- Une démarche stratégique « *non autonome* »

518. La mise en œuvre d'une stratégie GPEC répond à certaines règles de gestion des organisations permettant d'établir une véritable planification stratégique. Il s'agit donc d'une procédure structurée et séquencée par diverses étapes qu'il convient de rappeler. Ce travail préalable nous permettra de constater que la stratégie GPEC est nécessairement liée aux aspirations des tutelles. Ainsi, il convient de définir cette notion de démarche stratégique (I), dite « *non autonome* » (II).

I- Une démarche stratégique

519. Plus qu'une contrainte juridique, la démarche GPEC entreprise par l'établissement de santé constitue une opportunité, nécessitant de la part de l'institution une réelle volonté stratégique d'aboutir. Afin d'établir le lien unissant stratégie et GPEC, il convient de nous intéresser à la notion de démarche stratégique et d'en définir les principales caractéristiques.
520. Selon Monsieur Michael PORTER (1980), la stratégie consiste à « *définir les orientations générales permettant à l'entreprise de détenir un avantage concurrentiel durable* ». Autrement dit, la stratégie d'entreprise tend « *à fixer des objectifs en fonction de l'environnement et des ressources disponibles dans l'organisation, puis à allouer ces ressources afin d'obtenir un avantage concurrentiel durable et défendable*⁷⁰⁵ ».
521. La démarche stratégique⁷⁰⁶ identifie en amont les différentes phases nécessaires à la prise de décision stratégique. Pour l'établissement, la première étape consistera à définir son identité, c'est-à-dire sa finalité, ses missions et ses valeurs. La deuxième étape sera l'occasion de dresser le bilan de la situation au moyen d'un audit ou d'un diagnostic stratégique. Lors

⁷⁰⁵ F. LEROY, *Les stratégies des entreprises*, DUNOD 2005.

⁷⁰⁶ P. MULARD BIANCO, J.-M. RUIZ, *La stratégie d'entreprise*, Ecole Centrale Marseille, <http://jmruiz.perso.centralemarseille.fr/Stratégie.ppt>.

d'une troisième étape, l'établissement pourra déterminer ses objectifs, ainsi que son choix stratégique. Enfin, le dernier maillon du processus consistera à évaluer et corriger les actions mises en œuvre.

522. Selon Madame Nicole RAOULT, dans le milieu hospitalier, la démarche stratégique est un « *processus itératif*⁷⁰⁷ » permettant d'analyser les quatre pôles du diagnostic stratégique, à savoir, « *le pôle environnement - concurrence* », « *le pôle économique*⁷⁰⁸ », « *le pôle compétence*⁷⁰⁹ », et « *le pôle technologie - innovation* ». L'analyse simultanée de ces quatre pôles constitue la condition majeure de réussite d'une démarche GPEC.

523. Dans le domaine de la santé, le projet d'établissement constitue le lien d'articulation entre démarche stratégique et GPEC. En effet, usuellement, la stratégie des établissements de santé est orientée vers trois axes majeurs : Répondre aux besoins de santé du territoire, conformément au schéma régional d'organisation des soins. Assurer une gestion efficiente de l'organisation. *In fine*, garantir une prise en charge de qualité du patient. En définitive, ces trois objectifs stratégiques sont l'essence même d'une démarche GPEC, et nécessite de ce fait l'élaboration d'une « *planification*⁷¹⁰ » répondant à trois questionnements chronologiques : Tout d'abord, quelle est ma cible ? Ensuite quels moyens économiques mettre en œuvre pour atteindre ma cible ? Pour conclure, comment atteindre ma cible, compte tenu des ressources de l'établissement ? Il s'agit là, du plan d'action stratégique que l'on retrouve dans tout projet d'établissement, et qui dans l'absolu, devrait guider toute démarche GPEC entreprise par l'établissement de santé.

524. Au regard de ces éléments, la démarche GPEC constitue bien une démarche structurée, répondant à une logique stratégique. Précisons également, qu'elle pourra être qualifiée de « *non autonome* » dans la mesure où elle suit les axes directeurs des tutelles et de la procédure de certification (II).

⁷⁰⁷ N. RAOULT, *Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier*, Ed. l'Harmattan, p. 42, 43.

⁷⁰⁸ L'analyse du pôle économique vise la rentabilité et le financement des établissements.

⁷⁰⁹ L'analyse du pôle compétence fait référence à l'emploi et aux ressources humaines.

⁷¹⁰ Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH), *Pilotage des établissements de santé, Etat de l'art en matière de méthodes et d'outils de pilotage, illustration des déclinaisons possibles dans les établissements de santé*, Version 1-0, 20-07-2005, p.8.

II- Une démarche « non autonome »

525. Si la GPEC est identifiée comme une procédure stratégique « *non autonome* », c'est-à-dire liée à son environnement externe, c'est certainement parce qu'en définitive, elle répond au diktat des tutelles, et qu'elle demeure prise en considération par la procédure de certification des établissements. Au sein de cette partie, nous nous intéresserons particulièrement à cette démarche orientée par les tutelles (A), et incitée par la certification des établissements (B).

A- Une démarche orientée par la tutelle

526. Dans le champ sanitaire, la démarche stratégique de l'établissement est définie en fonction de son environnement. Selon l'IGAS, « *il ne peut y avoir de projet autocentré sans prise en compte de l'environnement proche, départemental, voire régional*⁷¹¹ ». L'établissement ne peut donc en aucune manière construire sa stratégie de manière « *autonome*⁷¹² ». Il demeure lié à son environnement externe, à savoir, la tutelle. Ce dernier doit nécessairement agir en concertation avec l'ARS, en adaptant sa propre politique stratégique à celle du projet régional de santé.

527. En dépit de cette autonomie limitée, un rapport de l'IGAS relatif au « *management et à l'efficience hospitalière* », démontre que l'hôpital ou la clinique pourra décider d'agir sur son environnement en procédant à des restructurations sous forme de GCS ou de CHT⁷¹³. Il pourra également décider de ne pas procéder à des restructurations ou changements institutionnels, en ajustant sa production en concertation avec les partenaires territoriaux, c'est-à-dire avec les établissements du territoire et l'ARS⁷¹⁴.

⁷¹¹ IGAS, *op.cit.* p. 16.

⁷¹² IGAS, *op. cit.* p. 3, p. 16. Le rapport de l'IGAS intitulé « *Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants* », précise que « *l'établissement hospitalier public n'est pas complètement autonome dans ses choix puisqu'il doit notamment répondre aux besoins de son territoire dans le cadre de la mission qui lui est désignée par l'ARS* ».

⁷¹³ Ainsi que nous l'avons précédemment constaté, la fusion d'établissements concerne généralement des établissements situés dans des villes ou des zones géographiques distinctes. Ce phénomène de restructuration pourra également concerner des établissements de tailles différentes et prendre la forme de GCS ou de CHT.

⁷¹⁴ IGAS, *op.cit.* p. 18.

528. Dans le contexte actuel de contrainte budgétaire, la stratégie de l'établissement sera nécessairement orientée vers la maîtrise des dépenses de santé. En effet, la démarche stratégique menée dans le cadre du processus GPEC, fait écho à diverses réformes législatives ayant pour objectif de rationaliser l'offre de soin. Rappelons le, le SROS-PRS succède dorénavant au SROS III, et constitue un outil de mise en œuvre du plan stratégique régional de santé que l'établissement devra intégrer à sa démarche GPEC. La stratégie GPEC aura ainsi pour objectif de répondre au mieux aux besoins de santé du territoire. Par ailleurs, élaborer une démarche GPEC en adéquation avec les contraintes budgétaires de l'établissement, résulte du dispositif de tarification à l'activité, issu de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004⁷¹⁵, et dont l'objectif était de « *médicaliser* » le financement des hôpitaux et d'instaurer un régime unique de financement. Dorénavant, la démarche GPEC de l'établissement devra s'ajuster à l'équation suivante : les dépenses sont conditionnées par les recettes générées par l'activité. Ces nouveaux modes de financement impliquent une responsabilisation ainsi qu'une autonomisation des organisations, tenues d'établir une démarche financière prévisionnelle, que ne pourra ignorer la démarche GPEC. Notons également que la contractualisation de l'établissement de santé avec l'ARS, par le jeu des CPOM⁷¹⁶, permettra aux acteurs de santé de disposer d'une certaine visibilité facilitant la définition d'une stratégie d'établissement et garantissant l'efficacité de leur organisation.

529. Dans cet esprit d'efficacité, l'établissement pourra également envisager d'élargir l'offre de soin délivrée aux patients en procédant au développement de la chirurgie ambulatoire⁷¹⁷. Ce type de stratégie se révèle généralement très profitable pour l'organisation, dans la mesure où « *la prise en charge ambulatoire mobilise moins de ressources et d'actes* ». « *La clinique ou l'hôpital y voient un avantage d'autant plus grand que l'acte de chirurgie*

⁷¹⁵ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 (art. 22 à 34).

⁷¹⁶ La loi HPST a étendu le périmètre des CPOM à de nouveaux acteurs de santé. Dorénavant, cette forme de contractualisation avec l'ARS va concerner les établissements de santé et les titulaires d'autorisations d'activités de soins ou d'équipement matériel lourd, les autres services de santé (réseaux, centres, maisons de santé), ainsi que les établissements médico-sociaux ayant décidé de signer un CPOM.

⁷¹⁷ IGAS, *op.cit.* p. 20. Selon le professeur Corinne VONS, la chirurgie ambulatoire est « *une chirurgie qualifiée qui nécessite le recours à un bloc opératoire et pour lequel le séjour des patients est inférieur ou égal à 12 heures* ». Elle devient une chirurgie substitutive à la chirurgie conventionnelle.

ambulatoire est désormais tarifé au même niveau qu'un acte de chirurgie de courte durée, alors qu'il revient moins cher à produire⁷¹⁸ ».

- 530.** Somme toute, c'est en procédant à une analyse « *médico-économique*⁷¹⁹ », que l'hôpital ou la clinique pourra tenter d'ajuster ses effectifs et ses activités aux dotations de la tutelle. Dans ce cadre, l'établissement devra anticiper et prévoir l'intégration de nouvelles activités et corrélativement, procéder à de nouveaux recrutements. Parallèlement, il pourra prévenir les départs des professionnels, du fait de la retraite ou d'autres modes de ruptures du contrat.
- 531.** En définitive, si la stratégie des établissements a principalement pour visée la maîtrise des dépenses de santé, précisons qu'elle doit également conduire à promouvoir la bonne image de l'établissement. Ce type de « *stratégie partagée*⁷²⁰ » repose ainsi sur un travail d'équipe tant managérial que culturel. Elle doit être menée en lien avec l'objectif global et fédérateur d'amélioration de la qualité et de la prise en charge du patient.

B- Une démarche incitée par la certification des établissements

- 532.** Si la mise en œuvre d'une démarche prévisionnelle de gestion des compétences est largement induite par les réformes hospitalières précitées, la procédure de certification est certainement celle qui incite, plus que tout autre chose, les établissements à conduire ce type de démarche. En effet, ainsi que le souligne Mesdames Cécile DEJOUX et Anne DIETRICH, « *le manuel d'accréditation du secteur hospitalier incite fortement à faire de la GPEC pour répondre aux besoins auxquels est confronté ce secteur : difficultés croissantes de recrutement, pénibilité du travail infirmier, départs massifs en retraite, pénurie future de médecins en raison d'une politique de numérus clausus mal anticipé !*⁷²¹ ».

⁷¹⁸ IGAS, *op.cit.* p. 20. IGAS, *Fusions et regroupements hospitaliers. Quel bilan pour les 15 dernières années ?* Rapport n°RM2012-020P.

⁷¹⁹ IGAS, *op. cit.*

⁷²⁰ IGAS, *op. cit.* p. 17. La stratégie doit conduire l'établissement à étudier son image. En effet, celle-ci est souvent définie en fonction du caractère « *noble* » ou non de certaines activités, au détriment du service rendu à la population.

⁷²¹ C. DEJOUX, A. DIETRICH, *Management par les compétences, le cas Manpower*, Pearson Education France, 2005, De la gestion prévisionnelle à la gestion des compétences, p. 80.

533. Introduite par l'ordonnance du 24 avril 1996⁷²² et par le décret du 7 avril 1997⁷²³, la procédure d'accréditation permet de garantir la qualité des prestations dispensées. Précisons que depuis la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, la terminologie « *accréditation* » a cédé la place à celle de « *certification*⁷²⁴ ». Il s'agit d'une procédure obligatoire d'évaluation externe, indépendante de l'établissement de santé et des organismes de tutelle, effectuée par des professionnels de santé indépendants, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle s'effectue tous les quatre ans. Cette procédure vise à améliorer la qualité et la sécurité des soins délivrés au patient, et promeut la démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles.

534. Rappelons également qu'elle concerne tous les établissements de santé, publics ou privés⁷²⁵, GCS⁷²⁶, réseaux de santé⁷²⁷, et installations de chirurgie esthétique⁷²⁸. En principe, elle s'applique à l'entité juridique proprement dite, c'est-à-dire qu'elle concerne tous les établissements de santé, et tous les sites géographiques qui y sont rattachés. Cependant, de manière dérogatoire, il est possible d'organiser une procédure de certification par établissement, dans l'hypothèse d'entités juridiques de grande taille ou d'établissements géographiquement distincts. Ce type de dérogation peut également être envisagé pour les GCS. Précisons que la procédure de certification ne s'applique pas aux activités médico-sociales, même lorsqu'elles s'exercent au sein d'un établissement de santé⁷²⁹.

535. La procédure de certification telle qu'elle existe, incite donc très largement les établissements à s'engager dans une démarche GPEC. En effet, la certification est une

⁷²² Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière.

⁷²³ Décret n°97-311 du 7 avril 1997.

⁷²⁴ Initialement conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), cette procédure est aujourd'hui menée par la HAS. Conformément à l'article L. 6113-3 du Code santé publique, la certification « *conduite par la Haute Autorité de santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs pôles, structures internes ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement* ».

⁷²⁵ La procédure de certification vise les établissements publics et privés mentionnés à l'article L. 6111-1 c. santé pub.

⁷²⁶ Les GCS mentionnés à l'article L. 6133-7 c. santé pub.

⁷²⁷ Les réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 c. santé pub.

⁷²⁸ Les installations de chirurgie esthétique visées à l'article L. 6322-1 c. santé pub.

⁷²⁹ Décision n°2012-0030/DC/SCES du 22 mars 2012 portant adoption de la procédure de certification des établissements de santé (V2010). JORF n°103 du 2 mai 2012, texte n°85. NOR : HASX12200598S.

démarche dite « évolutive », dont le système de cotation évolue. Actuellement, les établissements de santé sont tenus de se conformer à un référentiel correspondant à la troisième version du manuel initial, le manuel V2010⁷³⁰. A travers ce document, il est rappelé que l'établissement doit s'adapter à l'environnement sanitaire et médico-social, en mettant en œuvre une stratégie basée sur la planification sanitaire. L'établissement devra ainsi gérer ses ressources humaines en tenant compte des évolutions du secteur. Dès lors, le manuel précise que l'organisation doit définir ses axes stratégiques « *en conformité avec les orientations fixées par la puissance publique au travers les outils de planification sanitaire*⁷³¹ ». Par ailleurs, dans son chapitre premier, relatif au management des établissements⁷³², il rappelle que l'établissement doit assurer la continuité de ses missions en termes d'emplois et de compétences, en tenant compte des évolutions qui peuvent avoir un impact sur le contenu des activités. Par ces quelques mots, le manuel fait référence à la démarche GPEC des établissements. Cette dernière apparaît comme étant un critère à part entière de certification, et par là même, d'évaluation de la qualité. En effet, la qualité des prestations nécessite, *de facto*, l'accomplissement d'un travail de qualité, ne pouvant se réaliser sans l'intervention d'une équipe complète, de professionnels qualifiés, compétents et disponibles, dont l'organisation aura été préalablement planifiée au cours d'une démarche GPEC.

536. D'un point de vue macroéconomique, la stratégie GPEC est donc dite « *non autonome* », ou liée à son environnement externe. D'un point de vue microéconomique, elle est également dite « *sur mesure* », c'est-à-dire adaptée à typologie de l'institution et à son projet d'établissement (§2).

§2- Une démarche stratégique « *sur mesure* »

537. Pour donner du sens à la GPEC, il convient certes de l'adapter à son milieu externe, mais aussi à la nature de l'institution, à ses valeurs ainsi qu'à ses projets. Dès lors, le projet d'établissement et notamment le volet social, apparaît comme étant le reflet de la politique sociale de l'établissement guidant la démarche GPEC. Cette démarche dite « *sur mesure* », est

⁷³⁰ HAS, Manuel de certification des établissements de santé V 2010, juin 2009. http://www.has.sante.fr/portail/jcms/c_714928/manuel-v2010-de-certification-des-etablissements-de-sante-version-juin-2009.

⁷³¹ HAS, *op. cit.* p. 13.

⁷³² HAS, *op. cit.* Chapitre 1, Partie 2 (Management des ressources humaines), Référence 3 (gestion des ressources humaines), p. 22.

donc conforme aux ambitions ainsi qu'aux axes politiques et stratégiques de l'établissement. Ce paragraphe sera l'occasion de constater que la GPEC est une démarche stratégique conforme aux orientations du volet social du projet d'établissement (I), et de ce fait, adaptée à l'institution (II).

I- Une démarche stratégique conforme aux orientations du volet social du projet d'établissement

538. Il y a quelques années, certains auteurs constataient que *« face aux évolutions de l'hôpital et du métier de médecin, les soins aux malades s'organisent de plus en plus comme des projets⁷³³ »*. Si la loi du 31 décembre 1977 et le décret du 17 mai 1974⁷³⁴ ont respectivement mis en place les notions de *« plan directeur⁷³⁵ »* et de *« programme d'établissement »*, c'est bien la loi du 31 juillet 1991⁷³⁶ qui a introduit la notion de démarche projet au sein des hôpitaux français. Avant cette réforme, la démarche projet était totalement étrangère à la culture du monde de la santé⁷³⁷. Dorénavant, le projet entendu comme, *« un ensemble d'action à réaliser pour satisfaire un objectif défini, dans le cadre d'une mission précise, et pour la réalisation desquelles on a identifié non seulement un début, mais aussi une fin⁷³⁸ »*, est au cœur de toute politique sociale des établissements. Dès lors, le projet d'établissement, et plus spécifiquement son volet social, constitue le point de jonction entre GPEC et stratégie au sein de l'établissement de santé. En effet, le volet social du projet d'établissement va permettre d'identifier la politique sociale des structures en matière notamment de compétences, de formations, VAE, de parcours professionnel ou d'amélioration des conditions de travail. Cette politique sociale va donc rassembler l'ensemble des problématiques relatives aux relations de travail et à la gestion des personnels.

⁷³³ B. HAFID, *Le projet d'établissement hospitalier revu sous l'angle de management de projet*, La Cible, n°95, fév. 2003, p. 26.

⁷³⁴ Décret n°74-569 du 17 mai 1974 fixant les conditions d'approbation des opérations d'équipement sanitaire et social.

⁷³⁵ Le plan directeur visé par la loi de 1977 faisait référence à la programmation pluriannuelle des investissements dans les travaux et équipements de l'établissement.

⁷³⁶ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

⁷³⁷ B. HAFID, *op. cit.* p. 27.

⁷³⁸ ANAP, *Piloter et manager les projets au sein du pôle*, p. 9. Définition issue de la Norme Française, NF ISO 10006.

539. D'un point de vue législatif, rappelons que la loi de 1991 a rendu obligatoire la réalisation d'un projet d'établissement⁷³⁹ dans les établissements publics et privés à but non lucratif. Le protocole du 14 mars 2000 signé entre le gouvernement et les organisations syndicales de la fonction publique hospitalière, précise également que la modernisation du service public hospitalier, « repose sur un projet social cohérent, établi au sein de chaque établissement, en s'appuyant sur une nouvelle dynamique de négociation interne ». Le protocole prévoit donc l'intégration d'un projet social dans chaque projet d'établissement. Par ailleurs, la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 précise que le projet d'établissement⁷⁴⁰ comprend un projet social. Ce dernier porte notamment sur « la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels⁷⁴¹ ». Il fait l'objet de négociation de la part de la direction et des organisations syndicales représentatives dans l'entreprise. Il est également soumis à l'avis du comité technique d'établissement.

540. Dans son guide méthodologique intitulé « *Elaboration, négociation et suivi du projet social* », la DHOS recommande d'orienter le projet social des établissements vers diverses thématiques susceptibles d'illustrer une démarche GPEC: « la modernisation des relations sociales », « la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la validation des acquis professionnels », « l'approche qualitative et personnalisée de la gestion des ressources humaines », « la qualité et l'amélioration des conditions de vie au travail », enfin « la formation initiale et continue⁷⁴² ». En effet, lorsque l'on reprend l'une après l'autre, chacune des thématiques énoncées ci-dessus, il apparaît que chacune d'elles peut revêtir une place de choix au sein d'un accord GPEC.

⁷³⁹ Conformément à l'article L.714-11 du Code de santé publique « Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Ce projet, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs ». Il « est établi pour une durée maximale de cinq ans ».

⁷⁴⁰ Selon l'article L. 6143-2 c. santé publique, le projet d'établissement « définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la gestion et du système d'information ».

⁷⁴¹ Art. L. 6143-2-1 c. santé publique.

⁷⁴² DHOS, *Elaboration, négociation et suivi du projet social, Guide méthodologique*, déc. 2001.

541. Tout d'abord, la DHOS recommande de « *moderniser les relations sociales* » au sein des établissements de santé, en mettant en œuvre une véritable stratégie de communication, d'information et d'expression, tant auprès du personnel d'encadrement et des équipes, que des Institutions Représentatives du Personnel⁷⁴³. A ce titre, rappelons que la communication, et plus spécifiquement, l'information-consultation du comité d'entreprise sur la stratégie de l'entreprise, représente non seulement la garantie d'un dialogue social de qualité, mais surtout un gage de réussite de la démarche GPEC. Elle figure d'ailleurs parmi les thèmes obligatoires de négociation des accords GPEC.
542. Par ailleurs, « *favoriser une approche qualitative et personnalisée de la gestion des ressources humaines* », revient à promouvoir les notions de sécurisation et d'individualisation des parcours professionnels, thématique clé des accords GPEC. Dès lors, cette approche qualitative et personnalisée conduit nécessairement à valoriser les emplois et les compétences, par le jeu notamment du bilan de compétence, ainsi qu'à favoriser l'évolution professionnelle, par l'intermédiaire de la formation continue.
543. En outre, la « *qualité et l'amélioration des conditions de vie au travail* », représente un thème central du projet social, qui pourra faire l'objet d'un développement tout à fait pertinent au sein d'un accord GPEC, qui plus est dans le champ de la santé. En effet, de nombreuses études mettent en exergue le lien entre qualité de vie au travail et sécurité des soins. Ainsi que l'affirme Monsieur André COMTE-SPONVILLE, le bonheur du salarié au travail constitue un moyen d'amélioration de la performance, et par conséquent de la qualité des soins en établissement de santé. Rappelons le, la démarche GPEC en santé n'a en définitive qu'un seul et même dessein : l'amélioration de la qualité des soins au patient. Dès lors, il paraît tout à fait pertinent de ré articuler performance et santé au travail, non seulement dans le projet social, mais aussi et de manière plus ambitieuse, dans le cadre d'une démarche GPEC. Parmi les déterminants de la qualité de vie au travail, on distingue notamment l'accueil et l'intégration des professionnels nouvellement embauchés, par l'intermédiaire du livret d'accueil⁷⁴⁴ ou du parrainage. L'organisation du travail, et notamment la répartition des postes et des charges de travail, permettra également de garantir la qualité de vie au travail. En effet, elle permet de

⁷⁴³ Institutions Représentatives du Personnel (IRP).

⁷⁴⁴ Le livret d'accueil pourra notamment informer le personnel nouvellement embauchés, de l'environnement externe et des services mis à disposition, tels que les crèches, transports, ou œuvres sociales.

mesurer les écarts entre les moyens humains et les ressources, tels que l'espace de travail et le matériel. En outre, la gestion du temps de travail participe de l'amélioration des conditions de travail, et représente ainsi un enjeu fondamental pour la démarche GPEC des établissements. Elle permettra non seulement d'anticiper les absences au travail, mais aussi de prévoir les remplacements des professionnels.

544. *In fine*, il n'est nul besoin de rappeler que la « *formation continue* », composante essentielle du projet social et très largement recommandée par la DHOS, représente un levier incontournable de toute démarche GPEC.

545. Au regard de ces éléments, on constate que le volet social du projet d'établissement tel qu'il est envisagé par la DHOS, fait directement référence aux thématiques de la démarche GPEC. Dès lors, le projet social apparaît comme étant le socle politique, voire l'antichambre de la démarche GPEC en santé. En effet, il permet de définir la stratégie de l'établissement en termes de relations sociales. Corrélativement, c'est à partir de cette stratégie d'établissement, que se dessine la stratégie GPEC.

546. Dans l'absolu, pour réaliser une « *bonne* » démarche GPEC, il faudrait que les travaux réalisés dans le cadre du projet social soient repris dans le cadre de la GPEC. Il devrait donc y avoir nécessairement concordance entre projet social et GPEC. Afin d'être cohérente, la démarche doit donc suivre un fil conducteur. Ce cheminement « *linéaire* », « *logique* », et « *concordant* », doit reprendre les orientations politiques de l'établissement, qui elles mêmes s'alignent sur les orientations de la tutelle.

547. En définitive, il paraît opportun de s'interroger sur la portée du projet social en termes de GPEC. Dans la mesure où les grandes orientations politiques du projet social peuvent être reprises dans le cadre de la démarche GPEC, ne peut-on pas considérer que le projet social constitue en réalité, un travail préparatoire indispensable à toute démarche GPEC ? Dès lors, le projet social de l'établissement ne pourrait-il pas être caractérisé de « *projet GPEC* » ou d'« *avant GPEC* » ? Bien évidemment, il ne s'agirait en aucune manière d'un projet GPEC sur le plan technique, car rappelons le, les accords GPEC répondent à un canevas bien particulier. En revanche, sur le plan stratégique et politique, le projet social constituerait bien la base, voire l'antichambre de tout raisonnement GPEC.

548. Au regard de ces éléments, l'élaboration du volet social constitue donc un préalable nécessaire à la mise en œuvre de cette démarche stratégique adaptée à la nature de l'institution (II).

II- Une démarche stratégique adaptée à l'institution

549. Ainsi que nous l'avons déjà précisé, il convient d'« adapter la GPEC, pour mieux l'adopter ». Les études menées sur le sujet démontrent bien qu'il n'existe pas « une » « bonne ⁷⁴⁵ » politique de GRH. Il n'y a que des politiques adaptées aux enjeux de l'institution, à l'environnement géographique et temporel, et bien entendu à la nature de l'établissement et aux valeurs défendues par ce dernier. Ainsi, toute politique repose sur des valeurs, que celles-ci soient laïques ou religieuses.
550. Les valeurs de l'établissement sont très souvent définies par l'organisme gestionnaire, dans le projet associatif global ou le projet d'entreprise. Ce type de projet permet ainsi de jeter un regard en amont sur l'historique de l'association ou de l'établissement, ses références philosophiques, éthiques, voire déontologiques.
551. Ainsi, on constate que l'hôpital public ou les organismes financés par des fonds publics, sont souvent fondés sur des valeurs républicaines de neutralité, d'égalité, de continuité et d'adaptabilité. En revanche, un certain nombre d'institutions sociales, médico-sociales et éducatives, sont gérées par des associations de laïcs, mais agissant en lien avec une congrégation religieuse. Ces institutions poursuivent donc la mission originellement confiées aux religieuses, dans l'esprit qui a présidé à leur fondation. Ainsi, le projet associatif reprend les valeurs et le message des fondateurs. Ce type d'association se veut garant du patrimoine humain et spirituel reçu.
552. Si l'organisme gestionnaire fait référence à des valeurs, précisons que les professionnels font d'avantage référence à des principes, qui bien évidemment devront être concordants avec les valeurs précitées dans le projet associatif. Le sociologue Marcel

⁷⁴⁵ O. DERENNE, A. LUCAS, *Le développement des ressources humaines*, Vol. 2, Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière, Ed. ENSP, p. 95.

JAEGER⁷⁴⁶, insiste sur l'importance de définir les valeurs d'une organisation dans le projet associatif ou d'établissement. Selon lui, « *le projet d'établissement sera l'occasion de présenter des valeurs associatives sous une forme plus concrète et stratégique : la nécessité morale d'un projet associatif [...] et la nécessité réglementaire du projet d'établissement ou de service sont l'occasion de montrer comment à partir d'un objet social commun, telle ou telle institution décline ses valeurs et construit sa stratégie propre en fonction de son champ de compétence*⁷⁴⁷ ».

553. La politique et les valeurs défendues dans le projet associatif doivent naturellement être « *partagées*⁷⁴⁸ », tant par la Direction des Ressources Humaines, le personnel d'encadrement, que par l'équipe soignante ou non soignante. Ces valeurs communes orientent nécessairement la démarche GPEC d'un établissement et suscitent d'ailleurs l'utilisation d'un « *langage commun*⁷⁴⁹ » et d'une « *information partagée*⁷⁵⁰ » entre tous ces acteurs de la GPEC.

554. L'organigramme de l'établissement constitue également le miroir politique d'une institution, reflétant ses engagements et ses volontés en termes de GPEC. A titre d'exemple, dans le cadre de sa démarche GPEC, le CHRU de Lille situe au centre même de l'organigramme du département ressources humaines, une « *unité d'analyse et de gestion prospective*⁷⁵¹ ». C'est au cœur de cette même unité, que convergent et sont répertoriées les informations clés relatives au « *projet social* », à la « *gestion prévisionnelle des métiers et des compétences* », « *la gestion prévisionnelle de l'emploi et des effectifs* », ainsi que « *l'analyse de gestion et gestion budgétaire prospective* ». Les ambitions en termes de GPEC sont ainsi clairement affichées dans l'organigramme de l'établissement.

⁷⁴⁶ Marcel JAEGER - Sociologue, directeur de l'IRTS de Montrouge et Neuilly-sur-Marne.

⁷⁴⁷ M. JAEGER, *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-social*, 2005, p. 136. ANESM, *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*, déc. 2009, p. 29.

⁷⁴⁸ O. DERENNE, A. LUCAS, *op. cit.* p. 95.

⁷⁴⁹ O. DERENNE, A. LUCAS, *op. cit.* p. 96.

⁷⁵⁰ O. DERENNE, A. LUCAS, *op. cit.* p. 96.

⁷⁵¹ O. DERENNE, A. LUCAS, *op. cit.* p. 96, 97. Organigramme du département ressources humaines du CHRU de Lille.

555. La prise en compte de ces éléments permet la conception d'une GPEC, dite « *sur mesure*⁷⁵² », adaptée à la typologie de l'institution. Les retours d'expériences recensés par l'ANAP dans sa publication relative à l'amélioration de la gestion des ressources humaines et à la GPEC, permettent de constater qu'il convient de proposer aux professionnels, une formation participative adaptée, recensant les enjeux pour l'établissement et le rôle de chacun dans cette mise en œuvre⁷⁵³. Ce type de formation interne reste adaptée aux professionnels de l'établissement, en donnant à tous, non seulement une information commune, mais surtout du sens à la démarche.

556. Précisons que la réalisation d'un « *diagnostic prospectif des emplois et des compétences*⁷⁵⁴ », permet à l'établissement de santé, de pointer les problématiques métiers qui lui sont propres, afin de mettre en œuvre les actions ressources humaines adaptées. Ce type de diagnostic doit d'ailleurs émaner du projet d'établissement, et permettre d'identifier les « *grandes tendances*⁷⁵⁵ », en termes d'attractivité du bassin d'emploi, ou de répartition d'activités sur le territoire. C'est dans ce cadre, que les établissements adhérents au projet menés par la FHP Languedoc-Roussillon, ont réalisé un diagnostic prospectif, c'est-à-dire un état des lieux des pratiques ressources humaines propres à leurs établissements. Ce diagnostic personnalisé, leur a permis de déterminer les actions ressources humaines à mettre en œuvre. Par ailleurs, dans cette optique de singularisation de la GPEC, l'UGECAM Ile de France a décliné ses objectifs GPEC en 2003, dans le volet social de son projet de contrat d'objectif et de moyen. Cette dernière a également inscrit ses ambitions GPEC dans ses grandes orientations stratégiques de 2006-2009. Ce travail d'appropriation et de personnalisation de la démarche, a ainsi permis la signature d'un accord GPEC propre à l'établissement en février 2009.

557. Construire une GPEC adaptée à l'établissement et à son environnement, nécessite également d'inscrire la démarche dans un cadre territorial. Il s'agit là de la position adoptée par les établissements adhérents au projet mené par la FHP Languedoc-Roussillon. Ces derniers ont ainsi intégré l'analyse du bassin d'emploi dans le projet GPEC de chaque

⁷⁵² ANAP, *op. cit.* p.20.

⁷⁵³ ANAP, *op. cit.* p. 21. Dans le cadre de sa démarche GPEC, le CHRU de Lille a ainsi proposé une formation en interne de ses professionnels afin de mobiliser ses acteurs, et de les former sur la notion de métier compétence.

⁷⁵⁴ ANAP, *op. cit.* p. 24.

⁷⁵⁵ ANAP, *op. cit.* p. 24.

établissement. Cette démarche a permis de déterminer le positionnement des établissements sur le bassin d'emploi, en comparant le niveau d'employabilité des salariés et en pointant les actions prioritaires à mettre en œuvre.

Conclusion Section 1

558. En définitive, la démarche GPEC revêt les caractéristiques d'une démarche stratégique, s'adaptant à son environnement et au contexte de sa mise en œuvre. Elle acquière ainsi toute légitimité en exprimant notamment les besoins de santé du territoire ainsi que la politique sociale de l'établissement. Telle une ligne continue, elle est la résultante d'une démarche stratégique orchestrée par les tutelles, et transcrite par la suite, au sein du volet social du projet d'établissement.

559. Dans un secteur en grande mutation, la GPEC apparaît comme étant une démarche stratégique répondant à une logique linéaire. En amont, cette démarche dite « *non autonome* », taillée aux normes de l'établissement, reflète les grandes orientations stratégiques des tutelles et de l'institution. En aval, elle réunit ces deux composantes de l'environnement sanitaire autour d'un même objectif fédérateur : la qualité des prestations. Il s'agit là d'un axe directeur vers lequel doit tendre toute démarche GPEC. Pour être cohérente, cette dernière doit donc nécessairement être corrélative à la démarche qualité (Section 2).

Section 2- Une démarche visant à améliorer la qualité du service rendu aux personnes

560. Pour donner du sens à la démarche, il convient de lui donner une orientation stratégique conforme aux aspirations des tutelles et des établissements. La qualité des soins représente cette problématique majeure que toute démarche GPEC devrait interroger.

561. Afin d'établir la filiation entre GPEC et qualité, il convient préalablement de démontrer l'existence d'un lien entre GPEC et amélioration des conditions de travail, puis

entre qualité de vie au travail et qualité des soins. Pour cela, nous nous intéresserons particulièrement à la notion de « *mal-être au travail* », visant les situations de harcèlement, violence au travail, stress et risques psychosociaux. Cette notion, aux antipodes de « *l'état complet de bien-être physique, mental et social* » visé par l'OMS, permettra de démontrer que lorsque la GPEC tend à promouvoir l'amélioration des conditions de travail, elle tend à favoriser l'accomplissement d'un travail de qualité et corrélativement la qualité des soins. La démarche GPEC permettrait ainsi de garantir la bien-traitance des usagers, par la bien-traitance des professionnels.

562. Par ailleurs, afin de garantir la qualité des prestations, la démarche GPEC doit nécessairement mettre en valeur un certain nombre d'outils stratégiques plébiscitant les notions de démarche métier et compétence. Nous nous intéresserons ainsi au répertoire des métiers ainsi qu'à la notion d'évaluation des compétences dont le cadre juridique reste encore à définir. En effet, au sein d'un secteur régi par la notion de démarche métier coexiste également une « *culture* » de la compétence et de son évaluation. Cette démarche dite « *transversale*⁷⁵⁶ » nécessite non seulement l'intervention des ordres professionnels, mais aussi celle des organisations professionnelles, universités et établissements de santé.

563. Afin d'étudier la corrélation entre GPEC et qualité des soins, il sera opportun d'envisager la démarche (§1) et les outils concourant à la qualité de prise en charge du patient (§2).

§1- Une démarche concourant à la qualité de prise en charge du patient

564. Afin de démontrer l'existence d'une corrélation entre GPEC et qualité des soins, il convient de mettre en lumière le lien unissant GPEC, conditions de travail, et qualité des soins. En effet, le « *cercle vertueux* » unissant ces trois notions, évolue autour du concept de « *mal-être au travail* ». Le travail, dont rappelons le, l'étymologie latine « *tripalium* » signifie instrument de torture, renvoie à la notion de souffrance. Par ailleurs, la racine latine « *labor* », à l'origine de l'adjectif « *laborieux* » rappelle le lien entre fatigue, peine et travail. Par le biais

⁷⁵⁶ Y. MATILLON, D. LE BOEUF, *Métiers de la santé – Evaluation des compétences – Essai d'analyse en France et sur le plan international*, p. 57-58. 34^{ème} congrès de la FIH, n°505, juillet-août 2005.

de ce concept, nous constaterons qu'en améliorant les conditions de travail des professionnels, la GPEC tend à favoriser la réalisation d'un travail de qualité indispensable à la construction des parcours professionnels. Dès lors, nous démontrerons qu'en favorisant la bien-traitance des personnels, la GPEC tend à garantir la bien-traitance des usagers. A travers ce paragraphe nous établirons donc une corrélation entre GPEC et qualité de vie au travail (I), puis entre qualité de vie et qualité des soins (II).

I- Corrélation entre GPEC et qualité de vie au travail

- 565.** La démarche GPEC doit être cohérente avec les orientations stratégiques de l'établissement, c'est-à-dire avec le management, la gestion financière, la qualité et la sécurité des soins, ainsi que les valeurs propres à la structure. Les grandes orientations stratégiques, notamment en termes de qualité de prise en charge du patient, doivent donc nécessairement nourrir toute démarche GPEC. Il s'agit là de l'objectif majeur auquel doit tendre toute politique sociale et toute démarche GPEC d'un établissement.
- 566.** La démarche GPEC répond donc à une logique linéaire, axée vers la qualité de prise en charge du patient. Afin de démontrer l'existence d'une filiation entre GPEC et qualité des soins, il convient d'établir le lien entre GPEC et amélioration des conditions de travail, puis entre qualité de vie au travail et qualité des soins.
- 567.** Actuellement, peu d'accord GPEC traitent directement de l'amélioration des conditions de travail. Cet état de fait trouve certainement une explication dans le manque d'interaction existante entre les institutions dites de la « *performance*⁷⁵⁷ », de « *la santé et des conditions de travail*⁷⁵⁸ », et de « *l'emploi-formation*⁷⁵⁹ », c'est-à-dire entre le Conseil d'Administration, le CHSCT, et le Comité d'entreprise. Pour autant, les experts de la GPEC s'accordent à établir un lien entre GPEC et conditions de travail.

⁷⁵⁷ HAS, *Actes du 21 oct. 2010. op. cit.* p. 9. Yves CLOT désigne le Conseil d'Administration et la Direction comme des institutions de la performance, gérant l'efficacité et la rentabilité.

⁷⁵⁸ ARACT, *GPEC et conditions de travail - Fiche outil n°4. GPEC-GPEC Territoriale : repères pour l'action en Languedoc-Roussillon*. Propos de Serge DELTOR, Directeur de l'ARACT Languedoc-Roussillon, délégué régional de l'ANACT.

⁷⁵⁹ ARACT, *op. cit.*

568. En effet, ainsi que l'affirme Monsieur Serge DELTOR, Directeur de l'ARACT Languedoc-Roussillon, pour réaliser une gestion « *prévisionnelle* » des compétences, il est indispensable d'étudier les compétences, mais aussi les conditions dans lesquelles s'effectue le travail. Ainsi, l'analyse des compétences d'un professionnel doit permettre à l'établissement de s'adapter non seulement au « *travail réel* », mais aussi de contribuer à la prévention des risques professionnels. A travers la prise en considération des conditions de travail et de la qualité de vie des salariés, la démarche GPEC apparaît, comme étant un outil d'anticipation des accidents et des tensions professionnelles.

569. En outre, précisons que la notion de parcours professionnel⁷⁶⁰ constitue un point de jonction entre GPEC et conditions de travail. En effet, ce dernier représente bien souvent le reflet du « *parcours de santé*⁷⁶¹ » de l'individu, en contribuant à préserver la santé ou au contraire, à favoriser l'usure professionnelle. Ainsi que le confirme Monsieur Michel PARLIER⁷⁶², la réalisation d'« *un travail de qualité est une condition indispensable à la construction des parcours professionnels*⁷⁶³ ». Les deux notions sont indissociablement liées. Par travail de qualité il faut entendre, « *un travail adapté aux propriétés fonctionnelles de l'organisme humain et à leur évolution au fil de l'existence* », « *propice à l'élaboration de stratégies de travail efficaces* » et « *favorable à l'épanouissement dans les sphères familiales et sociales, à la maîtrise d'un projet de vie*⁷⁶⁴ ». La réalisation d'un travail de qualité présente un double avantage. Il va non seulement permettre au professionnel de préserver sa santé, mais aussi de développer ses compétences, et par conséquent de façonner son parcours professionnel. En définitive, lorsque l'établissement de santé tend à favoriser la construction des parcours professionnels dans le cadre d'une démarche GPEC, il tend à proposer un travail de qualité.

⁷⁶⁰ Ainsi que nous l'avons constaté, la construction et l'individualisation des parcours professionnels est une thématique clé des accords GPEC. Cette construction a pour objet de maintenir et de faire évoluer les compétences des professionnels, mais aussi de leur permettre de progresser sur le marché du travail.

⁷⁶¹ ARACT, *op. cit.*

⁷⁶² Michel PARLIER est Responsable du département Compétence, Travail et Emploi (CTE) de l'ANACT

⁷⁶³ ARACT Languedoc-Roussillon, *GPEC - GPEC Territoriale. Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Repères pour l'action en Languedoc-Roussillon. Fiche n°2. Parcours professionnels*. p. 1. Michel PARLIER reprend les propos tenus par Pascale LEVET, Guy JOBERT et Annie JOLIVET, lors du colloque du 11 juin 2010 organisé par la revue Education Permanente.

⁷⁶⁴ ARACT Languedoc-Roussillon, *Fiche n°2. Parcours professionnels, op. cit.* p. 2. Définition donnée du travail de qualité, émane des travaux réalisés par le Centre de Recherches et d'Etudes sur l'Age et les Populations au Travail (CREAPT).

- 570.** La démarche GPEC entreprise par l'établissement de santé devra donc être vigilante aux conditions de travail de ses professionnels. Pour ce faire, elle devra prévenir l'isolement et le risque d'individualisation du travail, et promouvoir la coopération ou le collectif. La GPEC devra donc lier au mieux individuel et collectif, c'est-à-dire, parcours individualisé et coopération, afin d'assurer le lien entre efficacité et qualité de vie au travail.
- 571.** Après avoir établi la corrélation entre GPEC et amélioration des conditions de travail, nous nous attacherons au lien existant entre qualité de vie au travail et qualité des soins.

II- Corrélation entre qualité de vie au travail et qualité des soins

- 572.** Il faut dépasser la simple vision « *technocrate* » ou « *chronophage* ⁷⁶⁵ » de la GPEC, pour en faire une démarche dynamique et stratégique, axée vers la qualité de prise en charge du patient. La GPEC ne doit pas être vue comme une simple variable d'ajustement budgétaire, mais comme une démarche visant non seulement à valoriser le personnel et les parcours professionnels, mais aussi à garantir un travail de qualité. En effet, lorsque l'on anticipe les recrutements, les départs en retraite ou lorsque l'on forme le personnel, c'est effectivement pour anticiper le changement et optimiser la gestion du personnel. C'est également et surtout pour mettre en place du personnel formé, compétent, disponible et adaptable, véritable gage de qualité de prise en charge du patient. Dès lors, cette démarche d'optimisation de la gestion des ressources humaines, s'inscrit naturellement dans une logique d'amélioration de la qualité, de bien-traitance des usagers et corrélativement du personnel.
- 573.** De nombreuses études mettent en exergue le lien entre amélioration des conditions de vie au travail et qualité de prise en charge du patient. Selon le philosophe André COMTE-SPONVILLE⁷⁶⁶, le but de l'entreprise est la réalisation du profit, et non le bonheur du salarié. Pour autant et paradoxalement, pour faire du profit, il faut les meilleurs salariés. Sachant qu'il n'y a de motivation au travail que par le désir, le bonheur du salarié constitue un moyen pour

⁷⁶⁵ *GPEC Territoriale, Guide d'action*, p. 1. http://www.emploi.gouv.fr/files/files/guide_gpec.pdf. En préambule de ce guide, Laurent WAUQUIEZ, Secrétaire d'état chargé de l'emploi de 2008 à 2010, rappelle que la GPEC est souvent perçue comme une démarche à la fois technocratique et chronophage.

⁷⁶⁶ ANACT, André COMTE-SPONVILLE. *Le regard d'un philosophe sur travail, bonheur et motivation*, http://www.anact.fr/portal/page/portal/web/Videos/Videos_detail?p_thingIdToShow=27823599, diffusé le 30/07/2012 par l'ANACT.

améliorer la productivité et le profit d'un établissement. La Haute Autorité de Santé a d'ailleurs bien intégré l'importance du lien existant entre qualité de vie au travail et qualité des soins. Elle a ainsi organisé plusieurs rencontres courant 2010 et 2011 traitant de cette problématique. Avant d'en préciser les détails, rappelons le contexte concourant à cette prise en considération.

574. L'environnement mouvant auquel est confronté le champ sanitaire et médico-social n'est pas sans incidence sur la santé des professionnels, tenus d'offrir des soins de qualité au patient, dans un contexte de travail toujours plus intense, flexible, et individualisé. Ces dernières années ont vu apparaître une forte augmentation des pathologies liées à la surcharge, tels que les troubles musculo-squelettiques⁷⁶⁷, burn-out⁷⁶⁸, dépression, voire suicide⁷⁶⁹. Devant l'ampleur de ces drames humains, les pouvoirs publics ont pris conscience de l'importance de ce phénomène qualifié de « *mal-être*⁷⁷⁰ » ou « *souffrance* » au travail. Dans ce contexte, diverses institutions ont manifesté leur intérêt pour cette nouvelle problématique. L'ANACT a ainsi organisé en 2004 sa neuvième « *semaine qualité de vie au travail* ». L'accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique marque également l'attachement des pouvoirs publics à l'amélioration des conditions de travail. Par ailleurs, la conclusion du rapport « *bien-être et efficacité au travail* – 10

⁷⁶⁷ Selon l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont des pathologies multifactorielles à composante professionnelle. Elles affectent les muscles, les tendons, les nerfs des membres et de la colonne vertébrale. Elles s'expriment par de la douleur, de la raideur, de la maladresse, et une perte de force.

⁷⁶⁸ Le terme « *Burn-out* » désigne le syndrome d'épuisement émotionnel. Selon Madeleine ESTRYN-BEHAR, médecin du travail et ergonomiste, l'absence de soutien psychologique, l'absence de qualité des soins, la peur de commettre des erreurs ou l'incertitude sur les traitements à entreprendre, sont des facteurs de burn-out chez les paramédicaux et médecins. Suite aux résultats des enquêtes Presst-Next et SESMAT, elle constate qu'en France, le score de burn-out chez les soignants et paramédicaux, est supérieur à celui des pays du nord. Par ailleurs, ce score varie en fonction du travail réalisé. Ainsi, les études démontrent que les urgentistes, les onco-hématologues ou les gériatres ont un score de *burn-out* beaucoup plus élevé que les médecins de soin palliatifs.

⁷⁶⁹ Selon le rapport *Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles*, publié en avril 2010 par l'institut national de veille sanitaire, « *le secteur de la santé et de l'action sociale présente le taux de mortalité par suicide le plus élevé (34.3/100 000)* ». Précisons toutefois, que cette étude n'identifie pas les causes privées ou professionnelles de ces suicides.

⁷⁷⁰ Patrick LEGERON rappelle que la notion de « *mal-être au travail* » est connue sous plusieurs vocables : souffrance, stress ou risques psychosociaux. Elle est opposée à celle de « *bien-être* » correspondant à la définition de la santé donnée par l'OMS. En France, cette expression renvoie une image particulièrement négative, à l'opposé d'autres pays et notamment du Québec où l'on fait référence à la notion de « *santé psychologique au travail* ». Compte rendu de la mission d'information sur le mal-être au travail, 27 janv. 2010. Patrick LEGERON est psychiatre et directeur général du cabinet Stimulus, auteur du rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail.

*propositions pour améliorer la santé psychologique au travail*⁷⁷¹ » en 2010, s'inscrit dans cette même logique. Enfin, rappelons qu'à l'initiative de la DGOS, un appel à candidature a été lancé auprès des ARS le 31 juillet 2012⁷⁷², pour l'accompagnement de projets sur l'évaluation et la prévention des risques psychosociaux dans les établissements publics ou privés de santé.

575. Plusieurs travaux de recherche, et notamment l'étude « *Presst-Next*⁷⁷³ » relatif à la « *santé et la satisfaction des soignants au travail en France et en Europe* », mettent en lumière le « *mal-être* » des soignants. Selon Monsieur Christophe DEJOURS, la démarche qualité est à l'origine de cette perte de plaisir de travailler. Celui-ci oppose ainsi le « *travail prescrit* » au « *travail réel* », c'est-à-dire, le travail qu'un professionnel doit exécuter, et ce à quoi le professionnel doit faire face pour que le travail se réalise. D'après ses analyses, la démarche qualité ignore le travail réel. Or, « *pour reconnaître, il faut d'abord connaître*⁷⁷⁴ ». Cette méconnaissance du travail réellement effectué, entraîne ainsi l'absence de reconnaissance du travail fait.

576. Au regard de ces éléments, la Haute Autorité de Santé a mis en exergue le lien entre qualité de vie au travail et qualité des soins. L'étude réalisée à sa demande, par Mesdames Claire COMPAGNON et Véronique GHADI relatif à la « *maltraitance*⁷⁷⁵ » « *ordinaire*⁷⁷⁶ »

⁷⁷¹ H. LACHMANN, C. LAROSE, M. PENICAUD, *Bien-être et efficacité au travail, 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail*, fév. 2010.

⁷⁷² Instruction DGOS/RH3/2012/300 du 31 juillet 2012 relative à l'appel à candidatures auprès des agences régionales de santé pour l'accompagnement de projets sur l'évaluation et la prévention des risques psychosociaux dans les établissements publics ou privés de santé.

⁷⁷³ Etude Presst (Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail) Next (Nurses Early Exit Study). Face au vieillissement des européens et de l'incidence que cela entraîne sur la façon d'exercer les professions soignantes, l'Union Européenne a décidé de promouvoir l'étude « *Presst-Next* » dans le cadre de son programme « *qualité de vie au travail et gestion des ressources humaines* ». Cette étude analyse les risques en matière de santé, de départs prématurés, ainsi que les facteurs de qualité de vie et de vieillissement normal au travail. « *Nurses' exit study-Quality of life and management sustaining working ability in the nursing profession: investigation of premature departure from work. Key action n°6.3, The population and disabilities. Proposals n° QLRT-2001-00475. Technical annex. 2001. 35 p.* ». M. ESTRYN – BEHAR, *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Rennes.

⁷⁷⁴ C. DEJOURS, *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel, critiques et fondements de l'évaluation*, INRA Ed. Paris, 2003, p. 53. C. DEJOURS, *Souffrance en France, La banalisation de l'injustice sociale*, Seuil, Paris, 2000.

⁷⁷⁵ Le Conseil de l'Europe ainsi que la commission d'enquête du Sénat sur la maltraitance des personnes handicapées désignent la maltraitance comme « *tout acte ou omission, qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien-être général d'une personne* ».

en établissement de santé, démontre bien l'existence d'une équation entre « conditions de travail », « qualité de vie au travail » et « bien-traitance⁷⁷⁷ ». D'après ce rapport, les services bien-traitants correspondraient à des unités où le personnel aime travailler. Corrélativement, la « dévalorisation du personnel⁷⁷⁸ » ainsi que les « difficultés de management », favoriseraient la maltraitance. Suite à cette étude, la HAS a pris la décision d'assurer la promotion ou le « portage⁷⁷⁹ » de cette thématique relative à la qualité de vie au travail, par le biais d'organisation de séminaires réunissant notamment, psychologues de travail et professionnels de la qualité et de la sécurité des soins. Parmi ces experts, Monsieur Yves CLOT⁷⁸⁰, affirme que « santé et efficacité sont reliés⁷⁸¹ ». Selon lui, la « qualité du travail » renvoie à la performance et à l'efficacité⁷⁸², alors que la « qualité de vie au travail » correspond à la santé au travail. Dès lors, « si l'on sépare qualité du travail et qualité de vie au travail, on prend le risque de séparer santé et efficacité⁷⁸³ ». Pour améliorer la qualité de vie au travail, il conviendrait donc d'améliorer le travail.

577. Ainsi que le précise Monsieur Raymond LE MOIGN⁷⁸⁴, il existerait une « triangulation magique entre qualité du travail, santé des professionnels et qualité des soins⁷⁸⁵ ». Le point d'entrée de ce triangle résiderait dans la conception d'une politique qui a

vulnérable ». C. COMPAGNON, V. GHADI, *La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé, Etude sur la base de témoignages*, 2009, p. 10. Conseil de l'Europe, *La protection des adultes et enfants handicapés contre les abus*, La documentation française, Paris, 2002. Rapport de la commission d'enquête n°339 du Sénat, *Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence*.

⁷⁷⁶ La maltraitance ordinaire est également appelée maltraitance « institutionnelle » ou « passive », car « banalisée » ou « invisible ». C. COMPAGNON, V. GHADI, *op. cit.* p. 2.

⁷⁷⁷ C. COMPAGNON, V. GHADI, *op. cit.* Rapport sur la maltraitance ordinaire publié par la HAS en janvier 2010. [http : //www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr). Le rapport décrit le « cercle vertueux » liant qualité de vie au travail et qualité des soins.

⁷⁷⁸ HAS, *Qualité de vie au travail et qualité des soins en établissement de santé*, Séminaire du 20 octobre 2010, synthèse. p. 1.

⁷⁷⁹ HAS, *Synthèse du séminaire du 20 oct. 2010*, *op. cit.* p. 3.

⁷⁸⁰ Yves CLOT est titulaire de la chaire de psychologie au travail du Conservatoire National des Arts et des Métiers. Y. CLOT, *Le travail sans l'homme*, éditions La Découverte, Paris, 1998.

⁷⁸¹ HAS, *Actes du séminaire « qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé »*, 21 oct. 2010, La Plaine Saint Denis. p. 8.

⁷⁸² L'efficacité ne doit pas être confondue avec la rentabilité. Pour être efficace il faut atteindre ses objectifs et réaliser ce que l'on a prévu de faire.

⁷⁸³ HAS, *Actes du 21 oct. 2010*, *op. cit.* p. 8.

⁷⁸⁴ Raymond LE MOIGN est Directeur de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins - Haute Autorité de Santé.

⁷⁸⁵ HAS, *Actes du 21 oct. 2010*, *op. cit.* p. 43. Synthèse de la journée de séminaire par Raymond LE MOIGN.

du sens et dans la production du collectif⁷⁸⁶. Selon nous, cette « *politique qui a du sens* », pourrait être la politique sociale de l'établissement, guidée par la démarche GPEC. Cette dernière apparaîtrait ainsi comme un formidable levier d'amélioration des conditions de travail et corrélativement de la qualité des soins.

578. Récemment, deux hôpitaux marseillais ayant pris la décision de se regrouper, Ambroise PARE et Paul DESBREL, ont inscrit dans leur axe stratégique du plan d'amélioration 2009-2012, la qualité de vie au travail, sans pour autant la distinguer des autres démarches qualité. Ces deux hôpitaux ont choisi de traiter la qualité comme une démarche d'ensemble touchant à la fois le personnel et les patients. A titre d'exemple, afin de concilier vie professionnelle et vie personnelle, ces établissements ont mis en place en 2006 une conciergerie à destination du personnel, ayant vocation à s'étendre dans un avenir proche aux patients. Dans l'optique de promouvoir la qualité de vie au travail, un nouveau logiciel de gestion des plannings a été installé, une association sportive a vu le jour, une charte des valeurs, ainsi qu'un dispositif d'accueil des nouveaux embauchés ont notamment été élaborés. Ces établissements ont également mené à bien une démarche GPEC ayant notamment permis de former une partie du personnel en puériculture en vue de la création d'une crèche d'établissement. Au regard de cet exemple, le lien entre GPEC et qualité est manifeste. Toutefois, en l'espèce, il semble que la démarche GPEC ait été englobée dans une démarche plus générale d'amélioration de la qualité de vie au travail de l'établissement. Afin de donner d'avantage d'ampleur au projet, la démarche GPEC aurait certainement pu être le moteur ou le levier d'amélioration de la qualité de vie au travail et de la qualité de prise en charge des patients. C'est d'ailleurs, l'option choisie par d'autres établissements ayant souhaité intégrer la thématique de l'amélioration des conditions de travail dans leur accord GPEC.

579. L'UGE CAM Ile de France a ainsi placé au cœur de son accord, la problématique de l'emploi des seniors et de la pénibilité au travail. L'accord propose notamment de mettre en œuvre un « *plan santé au travail*⁷⁸⁷ » ainsi qu'un « *encadrement de proximité en cas de problématiques physiques identifiées* ». Il suggère également d'établir « *un partenariat réactif avec la médecine du travail* », « *d'organiser le temps de travail afin de permettre l'utilisation*

⁷⁸⁶ HAS, *Actes du 21 oct. 2010. op. cit.* p. 43.

⁷⁸⁷ ANAP, *op. cit.* p. 34.

de matériel adapté », et de « favoriser la mobilité interne⁷⁸⁸ ». Il s'agit là d'une voie à suivre pour tout établissement de santé désireux de donner une plus-value à sa démarche GPEC, en l'orientant vers l'amélioration des conditions de travail afin de garantir une qualité de prise en charge de ses patients. Assurer la bien-traitance des usagers par la bien-traitance des professionnels, permettrait ainsi de donner un véritable sens à la démarche.

580. En ayant pour finalité la qualité de prise en charge du patient, la démarche GPEC nécessite l'utilisation d'un certain nombre d'outils stratégiques qu'il convient de détailler afin d'en apprécier la portée (§2).

§2- Les outils concourant à la qualité de prise en charge du patient

581. La mise en œuvre d'une démarche GPEC nécessite de la part de la direction des ressources humaines, la maîtrise d'outils stratégiques interrogeant les démarches métiers-compétences. Dès lors, dresser la cartographie des métiers de l'établissement induit nécessairement le maniement d'outils tels que le répertoire des métiers, l'emploi-type ou la fiche-fonction. La cartographie des compétences quant à elle, implique l'identification des compétences stratégiques ainsi que l'élaboration d'un dispositif d'évaluation des compétences dont il convient de faire le point. L'étude de ces outils contribuant à la qualité de prise en charge du patient sera donc l'occasion de nous intéresser au dispositif de cartographie des métiers (I) et des compétences (II).

I- La cartographie des métiers

582. La Démarche GPEC mise en œuvre par l'établissement de santé nécessite l'utilisation d'un certain nombre d'outils stratégiques, tels que le répertoire des métiers. En effet, dans le secteur sanitaire, le « *répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*⁷⁸⁹ », représente l'outil stratégique central de toute démarche GPEC.
583. Initialement plébiscité par l'Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière (ONEMFPH), une première version du répertoire a d'abord

⁷⁸⁸ ANAP, *op. cit.* p. 34.

⁷⁸⁹ DHOS, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*, Ed. ENSP, 2004.

été publiée en 2004 par la DHOS, avant qu'une deuxième version ne voie le jour en 2008 sous forme numérique. La mise en œuvre de ce répertoire marque la volonté des pouvoirs publics de progresser d'une simple gestion du personnel, à une véritable gestion tant individuelle que collective des ressources humaines en santé. Il permet d'enchérir une gestion statutaire stéréotypée du personnel, afin d'envisager une gestion plus ambitieuse des métiers et des compétences.

584. Le répertoire dresse une cartographie de 9 familles de métiers : « *Gestion de l'information* » ; « *Ingénierie et maintenance technique* » ; « *Management, gestion et aide à la décision* » ; « *Qualité, hygiène, sécurité et environnement* » ; « *Recherche clinique* » ; « *Services logistiques* » ; « *Social, éducatif et culturel, sports et loisirs* » ; « *Soins* » ; « *Système d'information* ». Ces neuf familles de métiers se subdivisent en sous-familles regroupant 200 métiers. Bien qu'il soit originairement conçu pour la fonction publique hospitalière, cet outil visant la notion globale de métier, pourra s'appliquer aux établissements et professionnels issus des secteurs sanitaire, social et médico-social, privé, à but lucratif ou non lucratif. Précisons d'ailleurs que suite à la recommandation « *Vers des plans régionaux des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes*⁷⁹⁰ », préconisant la création d'un répertoire national des métiers de la dépendance, la construction d'un répertoire des métiers du médico-social est très largement envisagée par les pouvoirs publics.

585. Outil de gestion des métiers et des compétences par excellence, le répertoire s'inscrit dans une démarche de gestion individuelle et collective des ressources humaines. D'une part, dans le cadre d'une gestion collective, il va permettre de quantifier les besoins en effectif et en formation par métier. En tant qu'outil de communication interne et externe, il favorise l'élaboration des parcours professionnels des individus, et représente un excellent moyen de présenter le contenu et l'accessibilité des métiers. Somme toute, il constitue un outil indispensable à toute démarche prévisionnelle de gestion des ressources humaines, permettant d'identifier les métiers dits « *sensibles*⁷⁹¹ » ou critiques d'un établissement. D'autre part, dans

⁷⁹⁰ V. LETARD, *Dossier de presse : Vers des plans régionaux des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes*, Secrétariat d'état à la solidarité, 12 fév. 200, p. 8.

⁷⁹¹ L'Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière établit une Monographie des 10 métiers et groupes métiers sensibles. Parmi quatre métiers du soin on distingue : 1- les Aide-soignant, Aide médico-psychologique, Auxiliaire de puériculture ; 2- Groupe infirmier ;

le cadre d'une gestion individuelle des ressources humaines, le répertoire va permettre au professionnel de s'engager dans une démarche d'auto-évaluation par la réalisation de bilan de compétences. Ce dernier pourra également envisager une reconversion professionnelle, un parcours de mobilité ou une procédure de validation des acquis de l'expérience.

586. Le répertoire des métiers constitue donc un outil au service de la GPEC, s'inscrivant dans une perspective générale d'étude des nouveaux métiers. Dans le cadre de cette démarche métier, la réforme Licence, Master, Doctorat (LMD)⁷⁹², participe de la « réingénierie » des diplômes paramédicaux visant à faciliter la libre circulation des professionnels de santé dans l'Union Européenne, et à créer des passerelles entre formations et métiers. L'intégration du diplôme d'état d'infirmier dans le processus LMD en 2009, a ainsi permis la reconnaissance de ce diplôme au grade de licence, ouvrant droit à l'inscription en niveau master. Cette réforme va ainsi permettre à un certain nombre de professionnels paramédicaux d'obtenir un diplôme « intermédiaire » de type master, et d'effectuer des actes relevant jusqu'à présent des seuls médecins. Si « l'universalisation de la formation en soins infirmier⁷⁹³ » représente une opportunité pour les professionnels, elle l'est également pour les patients en termes d'amélioration de la qualité des soins. En effet, l'intégration du diplôme d'infirmier dans le schéma LMD va permettre d'accéder au master, mais aussi à la recherche de niveau doctorat. Cet accès à la recherche, favorisant une « compréhension élargie des situations de soins », représente « une réelle opportunité pour les usagers, car la qualité des soins en sera optimisée⁷⁹⁴ ».

3- Manipulateur en électroradiologie ; 4- Cadre de santé de proximité et cadre de santé de pôle. Parmi les trois métiers administratifs de la sphère clinique, l'étude identifie : 5- le métier de Cadre administratif de pôle ; 6- Secrétaire médicale ; 7- Technicien d'information médicale. Enfin, parmi les trois métiers de support, on distingue : 8- le métier d'acheteur ; 9- Contrôleur de gestion ; 10- Responsable de système d'information. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, *Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière*. Tome 2, *Monographie des 10 métiers et groupes métiers sensibles*. 2007, éd. Ecole Nationale de la Santé Publique.

⁷⁹² La réforme LMD fait suite à la signature par la France de la déclaration de Bologne le 19 juin 1999, visant à intégrer toutes les formations universitaire dans le schéma européen LMD.

⁷⁹³ M.-O. GALANT, *LMD, Evolution ou révolution ? L'universalisation de la formation en soins infirmiers en France*. Info CEFIEC (Comité d'Entente des Formations Infirmières Et Cadres), n°15, Mai 2008, p. 8. Les propos tenus lors de la conférence réalisée dans le cadre du congrès national infirmier du 23 mars 2006 révèlent que « l'universalisation de la formation en soins infirmiers en France constitue une opportunité pour les professionnels, les usagers et le développement de la santé publique ». Marie-Odile GALANT est Directeur des soins, conseillère pédagogique en DRASS Pays de la Loire.

⁷⁹⁴ M.-O. GALANT, *op. cit.* p. 8.

587. Le rapport de mission HENART publié en janvier 2011 concoure également à « imposer la démarche métier⁷⁹⁵ ». En effet, bien que le champ sanitaire demeure régit par la règle de primauté du diplôme et de la formation initiale, le rapport propose de substituer au lien « *diplôme → métier* », l'équation suivante :

« *besoins → activités → compétences → métier → formation → diplôme*⁷⁹⁶ ».

La démarche métier devrait donc reposer sur les besoins en compétences. Outre le fait de « *conforter et développer les métiers socles* », c'est-à-dire les métiers existants, le rapport propose également de « *cerner le champ des nouveaux métiers* » et de « *valoriser les parcours professionnels* ».

588. Dans le même esprit, le rapport sur « *la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*⁷⁹⁷ », rappelle l'importance de « *valoriser les personnels au travers les chefs de pôles et les cadres, en s'appuyant sur l'évaluation*⁷⁹⁸ ». Somme toute, il rappelle la nécessité d'« *intégrer dans le projet d'établissement et donc dans le projet médical et dans le projet social, un volet ad hoc relatif à la gestion et à la modernisation des ressources humaines portant notamment sur le développement des compétences, de la mobilité et de la polyvalence ainsi que sur la reconnaissance de l'engagement collectif et individuel*⁷⁹⁹ ». A ce titre, le rapport clarifie le rôle du Directeur Adjoint en charge de la direction des ressources humaines, qui sur le plan stratégique, doit concevoir une politique de « *GPMC* », en lien avec les évolutions stratégiques du projet d'établissement et les indicateurs sociaux⁸⁰⁰.

⁷⁹⁵ L. HENART, Y. BERLAND, D. CADET, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*. Janv. 2011, p. 8.

⁷⁹⁶ L. HENART, Y. BERLAND, D. CADET, *op. cit.* p. 8.

⁷⁹⁷ IGAS, *Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*. Janv. 2011. Danielle TOUPILLIER et Michel YAHIEL ont été chargés par Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ancien ministre de la santé, d'établir un rapport relatif aux modalités de rénovation de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers.

⁷⁹⁸ Cette proposition de « *valorisation du personnel au travers les chefs de pôles et cadres* » s'appuie sur le rapport présenté par Chantal SINGLY relatif aux formations, rôles, missions et à la valorisation des cadres hospitaliers soignants, administratifs, logistiques ou techniques. Ce rapport a d'ailleurs donné lieu à la signature d'un protocole d'accord en 2010 entre le ministre de la santé et les partenaires sociaux, rappelant le rôle prépondérant des cadres dans le schéma de nouvelle gouvernance hospitalière. Ministère de la santé et des sports, *Rapport de mission cadres hospitaliers*, C. SINGLY, sept. 2009.

⁷⁹⁹ IGAS, *op. cit.* p. 17.

⁸⁰⁰ IGAS, *op. cit.* p. 17.

589. Enfin, l'« étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière » rappelle la nécessité de systématiser l'utilisation du répertoire des métiers au cours d'une démarche « GPMC », afin d'améliorer la gestion des métiers de la fonction publique hospitalière mais aussi la gestion des ressources humaines au niveau des établissements eux-mêmes⁸⁰¹.

590. Le répertoire des métiers permet donc de dépasser la simple vision administrative de la gestion du personnel, et d'envisager une gestion des ressources humaines axée sur la démarche métier-compétence. En effet, les diverses mutations auxquelles est confronté l'établissement, impose de repenser la gestion du personnel : T2A, nouvelle gouvernance, nouvelle organisation de l'offre de soin, évolutions démographiques, technologiques et logistiques, politique d'évaluation de la qualité et des risques, modification des attentes des usagers, ou encore réforme des formations initiales et continues. Ce « listing » témoigne de la nécessité de faire évoluer, voire de moderniser la gestion des ressources humaines en santé en privilégiant l'approche métier. La démarche GPEC mise en œuvre par l'établissement de santé devra nécessairement intégrer cette évolution et l'apparition prochaine de nouveaux métiers de niveau intermédiaire. Ainsi que l'affirme Madame Valérie PECRESSE, reprenant la citation de NEWTON, « les hommes construisent trop de murs et pas assez de ponts⁸⁰² ». Dès lors, ne serait-il pas opportun d'envisager que certaines infirmières deviennent des « praticiennes⁸⁰³ » renouvelant des ordonnances ou prescrivant des examens, à l'instar des « praticiennes » exerçant aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne ou en Australie⁸⁰⁴ ? Dans le même esprit, il serait possible d'envisager que des manipulateurs radio soient formés à l'échographie cardiaque, que les détartrages soient effectués par des « hygiénistes-dentaire⁸⁰⁵ », ou que des anesthésies locales soient réalisées par des pédicures⁸⁰⁶.

⁸⁰¹ Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, *Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière*. Tome 2, *Monographie des 10 métiers et groupes métiers sensibles*. 2007, Ed. Ecole Nationale de la Santé Publique. p. 30.

⁸⁰² Isaac NEWTON.

⁸⁰³ L. HENART, Y. BERLAND, D. CADET, *op. cit.*

⁸⁰⁴ M. PEREZ, *À l'étranger, des infirmières praticiennes délivrent des soins ciblés*. 2fév. 2011. <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2011/02/02/10711-letranger-infirmieres-praticiennes-delivrent-soins-cibles>.

Martine PEREZ est journaliste au journal FIGARO.

⁸⁰⁵ En Suisse et au Québec, l'hygiéniste dentaire désigne la profession d'aide-dentiste, chargé de s'occuper, dans le cadre d'un cabinet dentaire de l'hygiène bucco-dentaire et du détartrage. En France, il n'existe pas d'hygiéniste, mais des assistants dentaires.

591. Au regard de ces éléments, le terme « GPMC », « Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences », utilisé dans le Rapport sur « la modernisation de la politique des ressources humaines », ainsi que dans « l'Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière », prend tout son sens. En effet, dans le cadre de cette démarche métier, le champ sanitaire semble privilégier le terme plus global de « métier », à celui d'« emploi⁸⁰⁷ » usuellement utilisé au sein de l'acronyme GPEC. Rappelons-le, le métier est un ensemble d'activités professionnelles, regroupant des postes, des spécialités, ou des emplois. Il englobe donc la notion d'emploi. A titre d'exemple, le métier d'infirmière comprend les emplois-types d'infirmière en soins généraux, ou de bloc opératoire. Ceci explique certainement le fait que le champ sanitaire ait fait le choix depuis quelques années, de prioriser la notion de métier, au détriment de la notion d'emploi.
592. La démarche « GPMC » ou plus communément GPEC, devra donc prioriser l'analyse prospective des métiers, et permettre la description de l'emploi-type et la rédaction des fiches de fonction. Ces deux éléments constituent des outils de management indispensables à toute démarche GPEC. Initialement proposé par le CEREQ⁸⁰⁸, le concept d'emploi-type est aujourd'hui repris par le pôle emploi dans le Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois (ROME). Il « décrit un ensemble de poste ou de situations de travail identiques ou assez proches pour permettre des activités comparables et nécessiter la mise en œuvre de compétences semblables⁸⁰⁹ ». Il relève donc d'une démarche purement « descriptive⁸¹⁰ » et non prospective. Il S'agit d'un simple « état des lieux⁸¹¹ » non lié au projet stratégique de l'établissement. La fiche-fonction, quant à elle, « correspond à une description des activités

⁸⁰⁶ O. AUGUSTE, *De nouveaux métiers de santé pour épauler les médecins*. 2 fév. 2011. <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2011/02/02/10712-nouveaux-metiers-sante-pour-epauler-medecins>. Olivier Auguste est journaliste au journal Figaro, rédacteur en chef adjoint économie lefigaro.fr. L. HENART, Y. BERLAND, D. CADET, *op. cit.*

⁸⁰⁷ Un emploi est un ensemble homogène de postes de travail. Le terme « emploi-type » est également souvent utilisé. Il correspond à un regroupement d'emplois présentant une certaine proximité de compétence.

⁸⁰⁸ Centre d'Etudes et de Recherches sur les Qualifications. Le CEREQ est un établissement public qui dépend du ministère de l'Education nationale et du ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social. Il réalise des études dans les domaines du marché du travail, des qualifications et de la formation professionnelle.

⁸⁰⁹ F. CHARLEUX, P. DEBIEUVRE, *Bâtir une GPEC*. Ed. Directions. Hors série n°6. Mai 2011. p. 27. François CHARLEUX est psychosociologue, Directeur du cabinet RH et organisation, cabinet conseil en organisation et management. Patrick DEBIEUVRE est Directeur général de l'ADAPEI (Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés) du Var.

⁸¹⁰ F. CHARLEUX, P. DEBIEUVRE, *op. cit.* p. 39.

⁸¹¹ F. CHARLEUX, P. DEBIEUVRE, *op. cit.* p. 39.

communes à un ensemble de postes existants dans l'organisme⁸¹² ». La fiche-fonction relève donc d'une démarche « prescriptive⁸¹³ » au service du projet institutionnel. L'identification et l'élaboration de ces deux outils constitue un travail préalable et nécessaire à l'analyse des compétences. Afin de mener à bien une analyse prospective des métiers, l'établissement devra donc articuler au mieux l'utilisation du répertoire des métiers, avec la description des emplois-types et la rédaction des fiches fonction.

593. Cette étape préalable centrée autour de la notion de métier et déclinée en termes d'emploi-type et de fiche fonction, permettra à l'établissement d'analyser les compétences de ses professionnels (§2).

II- La cartographie des compétences

594. L'évaluation des compétences professionnelles représente un deuxième levier de la démarche GPEC, concourant à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins. La notion de compétence occupe aujourd'hui une place prépondérante au sein des établissements, soucieux non seulement d'élaborer un référentiel permettant d'identifier et de classer l'évolution des compétences, mais aussi de procéder à l'évaluation individuelle de ses professionnels.

595. Préalablement à tout travail de gestion prévisionnelle proprement dit, l'établissement devra s'attacher à définir la notion de compétence. Cette dernière est variable en fonction des auteurs et des écoles doctrinales. Dans leur ouvrage relatif à la GPEC, Messieurs CHARLEUX et DEBIEUVRE recensent trois approches de la compétence⁸¹⁴. Selon l'approche « universaliste », la compétence s'apparente au « potentiel » ou « aptitude universelle » d'un individu, sans lien avec le savoir-faire spécifique à un métier. Au contraire, l'approche « instrumentale » repose sur l'analyse des savoir-faire et des activités au poste de travail. Enfin, une troisième approche « stratégique » de la compétence, conduit l'établissement à privilégier les compétences « clés », essentielles aux objectifs de travail et à

⁸¹² F. CHARLEUX, P. DEBIEUVRE, *op. cit.* p. 40. Précisons que la fiche fonction se distingue de la fiche de poste qui prend en considération les spécificités d'un établissement. Elle reprend donc les éléments de la fiche fonction, tout en spécifiant les tâches et responsabilités propres à chaque poste.

⁸¹³ F. CHARLEUX, P. DEBIEUVRE, *op. cit.* p. 39.

⁸¹⁴ F. CHARLEUX, P. DEBIEUVRE, *op. cit.* p. 54.

la stratégie que l'organisation entend mettre en œuvre. La compétence stratégique est nécessairement liée aux savoir-faire et aux spécificités de chaque métier. Cette troisième approche semble devoir s'imposer au sein des établissements de santé. Ces derniers seraient tenus de définir leur besoin en compétence, en conformité avec leurs grandes orientations stratégiques.

596. L'évaluation des compétences représente une thématique clé, que l'établissement ne pourra ignorer au cours du processus GPEC. Pour autant, dans le champ sanitaire, cette procédure d'évaluation reste à définir, et nécessite quelques points d'éclaircissement juridiques et techniques. Afin de bien comprendre l'enjeu de cette problématique, il convient d'en rappeler le contexte et de dresser un panorama des règles régissant la qualification des professionnels et l'évaluation des compétences médicales.

597. L'évaluation des compétences représente une problématique fondamentale pour l'ensemble des pays européens, source de régulation du système de santé. En effet, afin de faciliter la libre circulation des professionnels de santé, la communauté européenne a pris conscience de l'importance d'harmoniser des dispositifs de formation. Par ailleurs, devant l'ampleur des scandales sanitaires⁸¹⁵, la progression de la « *judiciarisation* » et les attentes des usagers, il est devenu plus que nécessaire de développer des politiques en termes de maîtrise des risques et d'assurance qualité, d'accréditation, mais également d'évaluation des compétences.

598. Actuellement, aucun dispositif d'évaluation des compétences à proprement parler, n'est intégré au sein du processus de développement professionnel continu. L'accréditation⁸¹⁶ constitue bien un dispositif volontaire de gestion des risques médicaux, faisant partie intégrante de la démarche qualité et d'amélioration des risques. Cependant, si tout comme le développement professionnel continu, elle participe de l'amélioration des compétences des

⁸¹⁵ Dans son rapport relatif aux modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles médicales, Yves MATILLON fait référence au scandale dit de « *l'infirmierie Royale de Bristol* ». Dans cette affaire, un tiers des enfants ayant subi une opération à cœur ouvert n'avait pas obtenus les soins appropriés. A cette époque, le taux de mortalité en chirurgie cardiaque pédiatrique de cet établissement était supérieur au double des taux en Angleterre.

⁸¹⁶ L'accréditation concerne les médecins exerçant une spécialité « *à risque* » en établissement de santé. Le décret n°2006-909 du 21 juillet 2006 dresse une liste de ces spécialités : spécialités de gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation, chirurgie, spécialités interventionnelles, activités d'échographie-obstétricale, réanimation ou soins intensifs.

professionnels, elle doit être distinguée en tout point du processus d'évaluation des compétences à proprement parler.

- 599.** Le rapport MATILLON relatif aux modalités et conditions d'évaluation des compétences médicales⁸¹⁷, s'est attaché à définir la notion de compétence médicale. Selon ces conclusions, « *la compétence d'un professionnel peut être validée par l'obtention d'un diplôme initiale, la mise en œuvre d'une formation continue, une activité professionnelle effective, et un mécanisme de revue par les pairs s'il existe* ». En d'autres termes, la notion de compétence médicale repose sur des acquis théoriques et pratiques préalablement définis en fonction de chaque spécialité médicale et entretenus au cours de l'exercice professionnel. Elle repose également sur des aptitudes et attitudes individuelles, nécessaires à l'exercice médical de qualité.
- 600.** En France, la qualification d'un professionnel induit nécessairement l'évaluation du savoir ou du savoir-faire⁸¹⁸. Elle ne peut s'obtenir que de trois manières. Tout d'abord, par l'obtention d'un diplôme délivré par l'université. Ensuite, par la reconnaissance d'une compétence équivalente au diplôme. Enfin et exceptionnellement, par l'autorisation d'exercice délivrée par le ministre de la santé.
- 601.** Le non-respect des règles de qualification par le professionnel ou par l'établissement de santé, pourra entraîner la responsabilité indemnitaire ou pénale de ces derniers⁸¹⁹. En matière de responsabilité indemnitaire, il convient d'établir une distinction entre l'évaluation des gestes techniques fondée sur la notion de compétence, et l'organisation des soins mettant d'avantage en lumière la notion de qualification professionnelle. En effet, Le caractère fautif ou non des gestes techniques des professionnels est apprécié par le juge en fonction de leur conformité aux règles de l'art, autrement dit, en fonction du savoir-faire ou de la compétence du professionnel. Afin d'anticiper les décisions du juge en la matière, il conviendra d'ailleurs de définir au mieux le contenu de cette « *norme professionnelle* », en déterminant les outils d'évaluation et de mesure de l'activité professionnelle. A contrario, la responsabilité

⁸¹⁷ Y. MATILLON, *Rapport de mission relatif aux modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles médicales*, mars 2006.

⁸¹⁸ Précisons que la notion de savoir correspond aux connaissances d'un professionnel. La Notion de savoir-faire renvoie à la pratique des actes professionnels.

⁸¹⁹ Y. MATILLON, *op. cit.*, p. 43-44.

indemnitaire des établissements en lien avec l'organisation des soins, pourra être engagée en cas de manquement aux règles de qualification. En fonction de la nature de l'établissement, public ou privé, la faute dans l'organisation des services, ou le non-respect d'une obligation contractuelle liant le patient à la clinique, pourra être caractérisée par le juge. Rappelons également que la responsabilité pénale des professionnels est appréciée « *in concreto* » c'est-à-dire en considération des circonstances d'espèces et de la compétence du professionnel. Au contraire, la responsabilité pénale des établissements sera plus facile à engager, dans la mesure où elle est appréciée « *in abstracto* », c'est-à-dire de manière plus objective. En définitive, le respect des règles de qualification par l'établissement, ainsi que l'accomplissement de gestes techniques « *consciencieux, attentifs et conformes aux données de la science* » par le professionnel, permettront aux deux parties de préserver leurs responsabilités respectives.

602. Afin de s'assurer du maintien de la compétence, le Conseil National de l'Ordre des Médecins Français envisage la création d'un référentiel métier-compétence propre à chaque spécialité médicale. Ces référentiels métiers-compétences pourraient constituer de véritables outils de qualification des professionnels. Certains collèges de spécialité médicale⁸²⁰ et notamment la fédération des collèges de chirurgie, ont d'ailleurs entrepris de vastes travaux en la matière et tentent d'établir des « *critères* » et des « *exigences* » nécessaires pour l'exercice d'une chirurgie de qualité. Le rapport MATILLON propose également de s'inspirer des modèles de collèges européens et anglo-saxons en matière de suivi et de validation de la compétence, ou plus spécifiquement de certification ou de « *revalidation*⁸²¹ ». Dans la plupart de ces pays, des référentiels compétence sont élaborés par des « *boards*⁸²² » de spécialité délivrant un agrément d'exercice. Les Etats-Unis dispose d'un système de certification des professionnels très élaboré, reposant sur 24 « *boards* » de spécialité délivrant des autorisations d'exercer. Ces « *boards* » sont également chargés d'assurer le suivi et le maintien de la certification. En outre, les professionnels peuvent être amenés à contractualiser

⁸²⁰ En France, les collèges ont pour mission de valider les compétences acquises et d'en assurer le maintien par l'intermédiaire de la formation continue. A titre d'exemple, on peut citer le collège des anesthésistes réanimateurs, ou le collège national des généralistes enseignants.

⁸²¹ Le terme « *revalidation* » vise le maintien de la certification des médecins anglais. Le General Medical Council (GMC) constitue l'organisme de régulation de la profession médicale en Angleterre. Il a pour mission d'autoriser et de suspendre le droit à exercer des médecins.

⁸²² Le terme « *board* » renvoie au conseil de spécialité.

individuellement avec leur établissement de santé⁸²³. Le rapport MATILLON propose de transposer ce type de système au modèle français. Dans cette logique, des « *boards* » de spécialité française certifieraient les praticiens et délivreraient un agrément d'exercice. Parallèlement, le praticien pourrait contractualiser de manière individuelle avec l'établissement de santé. Un « *board* » constitué au sein des structures hospitalières délivrerait une autorisation d'exercer dans l'établissement, sous conditions de critères de performances cliniques contractualisés avec le praticien.

603. Pour autant, la mise en œuvre d'un tel processus d'évaluation des compétences nécessite un certain nombre d'approfondissements en termes juridiques et de gestion des organisations. En effet, en fonction de la nature publique ou privée de l'établissement, du statut libéral ou salarié des professionnels, plusieurs régimes juridiques pourront coexister. Dans de telles hypothèses, il convient de s'interroger. Dans quelle mesure évaluer les compétences d'un professionnel lié par un contrat d'exercice libéral ou un contrat salarié à un établissement privé ? Comment articuler évaluation des compétences et centre national de gestion des carrières au sein d'un établissement public ? Par ailleurs, en cas de faute, la répartition des responsabilités sera nécessairement différente en fonction de la nature publique ou privée de l'établissement et du statut salarié ou indépendant du professionnel. En tout état de cause, si un tel dispositif d'évaluation des compétences devait être instauré en France, il serait primordial d'harmoniser les différents régimes juridiques. Cet ajustement entre les statuts et les établissements publics et privés, permettrait ainsi d'endiguer les problématiques relatives à la mobilité et à l'évolution de carrière des professionnels. En outre, il conviendrait d'identifier les protagonistes de l'évaluation des compétences et de déterminer les responsabilités de chacun. En effet, en vertu de la loi du 4 mars 2002⁸²⁴, les ordres professionnels ont l'obligation de veiller à la compétence des professionnels. Pour autant, n'est-il pas envisageable de laisser aux collèges médicaux, une plus grande place dans l'évaluation des compétences ? Par ailleurs, la responsabilité des protagonistes devra être questionnée. Dans quelle mesure un établissement de santé pourra-t-il voir sa responsabilité engagée dans une démarche de certification ou d'accréditation d'un praticien ? Faut-il envisager la création de commission ad hoc au sein des établissements en charge de ce type de régulation ? Dans l'hypothèse d'un manquement grave ou d'une aptitude physique défaillante,

⁸²³ Les médecins, dentistes, podologues, pathologistes, psychologues cliniciens sont tenus de renouveler avec leur établissement, leur autorisation d'exercer au sein de la structure.

⁸²⁴ Art. L.4121-2 c. santé pub.

une information devra-t-elle être transmise au conseil de l'ordre ? Autant d'interrogations nécessitant que soit repensée l'organisation du système de qualification et de recertification des professionnels. Cette refonte des dispositifs devra naturellement s'intégrer à la procédure d'évaluation des compétences des professionnels menée dans le cadre de la démarche GPEC.

Conclusion Section 2

604. Au regard de ces éléments, il apparaît que pour mettre en œuvre une démarche GPEC corrélative à la démarche qualité, il convient de mettre en lumière les démarches métier-compétence au sein des établissements de santé. L'utilisation judicieuse d'outils stratégiques tels que le répertoire des métiers et la procédure d'évaluation des compétences, permettra à l'établissement d'envisager une démarche GPEC pertinente, participant de la qualité des soins.

Conclusion chapitre

605. Afin d'acquérir toutes ses lettres de noblesse, la GPEC en santé doit nécessairement épouser les spécificités du secteur et la nature de l'établissement. Cette démarche singulière, couramment identifiée sous l'acronyme « *GPMC* », doit s'appuyer sur les réflexions générales menées autour de l'étude des nouveaux métiers et de l'évaluation des compétences. Elle doit également s'appuyer sur les stratégies et politiques de l'institution, notamment en termes de qualité des soins. Assurément, il s'agit là d'un gage de réussite d'une démarche GPEC tout à fait originale, adaptée au modèle sanitaire.

CHAPITRE SECOND

UNE DÉMARCHE STRATÉGIQUE AU SAVOIR-FAIRE AMBIVALENT

606. La conduite d'une démarche GPEC nécessite un certain savoir-faire, autrement dit une habileté dans l'art de mener à bien une gestion anticipative et préventive des ressources humaines. Ce « *savoir-faire GPEC*⁸²⁵ » est à la fois méthodologique et empirique.
607. Le savoir-faire méthodologique fait écho à une procédure structurée, largement décrite par les experts et notamment par l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France (ARHIF), auteur d'un guide pratique destiné à accompagner les établissements franciliens dans ce type de démarche. La procédure « *métiers-compétences* » portée par l'ARHIF se décline en quatre volets successifs évoluant d'une gestion actuelle des emplois (volet 1) et des compétences (volet 2) vers une gestion prévisionnelle des emplois (volet 3) et des compétences (volet 4). L'étude de ces quatre volets doit conduire l'établissement à analyser le différentiel entre l'actuel et le prévisionnel, entre ce qui est et ce qui doit être. Dès lors, la démarche GPEC apparaît comme étant une procédure logique, quasi systémique, ne laissant place d'un point de vue méthodologique, qu'à très peu d'originalité.
608. Pour autant, le savoir-faire GPEC est également empirique⁸²⁶. En effet, l'établissement doit dépasser le cadre méthodologique et se confronter à l'expérience de terrain. L'analyse des

⁸²⁵ N. RAOULT, *Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier*. Ed. L'Harmattan. p. 153. Dans son ouvrage, Nicole RAOULT fait référence au savoir-faire GPEC. Ainsi, elle présente les « *principes de base* » permettant d'analyser quantitativement et qualitativement des besoins en emploi et en ressources humaines.

⁸²⁶ Les savoir-faire empiriques sont issus de l'expérience. Selon Guy LE BOTERF, ils sont indispensables à la bonne utilisation des connaissances procédurales. Souvent qualifié de « *connaissance tacite* », « *le savoir-faire expérientiel ne supprime pas la capacité de jugement analytique, mais lui donne une assise plus fiable* ». G. LE BOTERF, *Repenser la compétence. Pour dépasser les idées reçues : 15 propositions. Raisonner juste pour une GPEC enfin efficace*. Eyrolles, Ed. d'Organisation, p. 44-45.

pratiques nous démontre que la GPEC doit être une démarche participative et collective laissant une place centrale au cadre de santé, « meneur » de l'entretien d'évaluation. Une place prépondérante devra également être réservée au DRH, dont les prérogatives semblent pouvoir pleinement s'exprimer au cours de la GPEC. Ainsi, le savoir-faire expérientiel ou empirique de la GPEC nous laisse entendre que celle-ci doit évoluer et peut-être même innover en se tournant vers l'avenir technologique. Elle doit être une démarche dynamique, questionnant l'hôpital de demain, dans un secteur confronté à l'industrialisation de la médecine, à la dématérialisation des données de santé et risquant parfois de perdre ses repères humanistes.

609. Pour illustrer ce point de vue, nous avons fait le choix d'associer trois notions: GPEC, Hospitalisation A Domicile (HAD) et télémédecine. En effet, HAD et télémédecine sont souvent désignés comme étant les composantes de la médecine de demain. Dès lors, il nous a paru pertinent d'envisager l'hypothèse d'une démarche GPEC anticipant le développement des systèmes d'information et de la télémédecine, notamment au sein d'un service d'HAD.

610. Ainsi, il convient de souligner le caractère ambivalent du savoir-faire GPEC, mêlant à bien des égards, les notions d'inné et d'acquis. En effet, même si ce savoir-faire repose principalement sur la technique et l'expérience, c'est-à-dire sur l'acquis, il nécessite d'être mis en œuvre par l'homme en tant qu'« être social ». Qualifié d'« animal social » par Aristote, l'homme apparaît comme étant la résultante d'une nature biologique, l'inné, et d'un contexte social, l'acquis. Dès lors, le savoir-faire GPEC nécessite un certain savoir-être du professionnel, un investissement de l'homme au profit de l'organisation et du personnel.

611. Au cours de ce chapitre, nous constaterons que pour mener à bien une démarche GPEC il convient de combiner savoir-faire méthodologique et savoir-faire empirique. En effet, le savoir-faire expérientiel est essentiel dans la construction d'une GPEC de qualité. C'est en le combinant avec le savoir-faire procédural et en jouant de leur complémentarité, que l'établissement pourra gérer de manière anticipée les ressources humaines, matière première de la qualité des soins. Nous nous attacherons donc à décrire le savoir-faire méthodologique (section I), avant de nous consacrer au savoir-faire empirique de la GPEC (section II).

Section 1- Un savoir-faire méthodologique

612. Ainsi que nous l'avons précédemment constaté, la stratégie GPEC répond à une logique linéaire. Guidée par des objectifs d'efficacité et de qualité, elle émane d'une « *analyse actuelle* » des ressources humaines et converge vers une « *analyse prévisionnelle* » des effectifs et des compétences de l'établissement.

613. Dès lors, la méthodologie GPEC consiste à établir une projection des effectifs et des compétences de l'établissement, à partir d'un état des lieux des ressources humaines disponibles. La méthode oscille donc entre l'« *actuel* » et le « *prévisionnel* », entre « *ce qui est* » et « *ce qui est nécessaire* » ou entre « *ce qui fut* » et « *ce qui sera*⁸²⁷ ». Elle permet ainsi de dresser le bilan des ressources humaines disponibles aujourd'hui, afin de s'interroger sur les ressources nécessaires demain. Ces divers questionnements permettront aux acteurs de la GPEC d'analyser le différentiel entre le prévisionnel et l'actuel, afin d'établir une politique de réduction des écarts mettant en jeu des stratégies en termes de recrutement, mobilité, ou formation.

614. A travers cette première section nous nous intéresserons donc à la méthodologie GPEC, telle qu'elle est notamment décrite par l'ARHIF dans sa démarche « *métiers-compétences* ». Nous présenterons cette méthode évoluant de l'analyse actuelle à l'analyse prévisionnelle des ressources humaines (§1), avant d'en détailler les particularités juridiques mises en œuvre au sein du plan d'action GPEC (§2).

§1- De l'analyse actuelle à l'analyse prévisionnelle des ressources humaines

615. La méthodologie GPEC doit permettre à l'établissement de procéder à l'analyse de l'existant (I), préalablement à l'analyse prévisionnelle des ressources humaines (II).

⁸²⁷ Citation faite en référence aux paroles de l'Ecclésiaste dans l'ancien testament. « *Ce qui a été, c'est ce qui sera, et ce qui s'est fait, c'est ce qui se fera ; et il n'y a rien de nouveau sous le soleil* ». Ancien testament, *Ecclésiaste*, Chapitre 1.

I- Analyse de l'existant

616. La première étape du processus consiste donc à identifier les ressources humaines disponibles, c'est-à-dire à discerner les effectifs (A) et les compétences (B) disponibles à l'instant « *T* » au sein de l'établissement.

A- *Analyse « actuelle » des effectifs*

617. Afin de dresser le bilan de « *ce qui est disponible* » en termes d'effectifs, les acteurs de la GPEC doivent porter leur réflexion sur les notions d'activité, de poste, et métier. Cette étape sera l'occasion de lister les postes et métiers disponibles au sein de l'établissement et de rattacher chacun d'eux au répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Concrètement, l'établissement devra produire un fichier recensant les effectifs, les métiers et les postes, auxquels seront rattachés chaque agent ou salarié.

618. La gestion actuelle des effectifs repose donc sur un travail de rattachement des effectifs de l'établissement au répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Le répertoire représente l'outil de prédilection de cette première étape d'identification des effectifs. Rappelons qu'il comprend 183 fiches fonctions, décrit 22 familles de métiers et 64 sous familles de métiers. Ainsi, la fiche métier d'une aide-soignante répertoriée dans la sous famille des soins, donne une définition du métier ainsi que des prérequis nécessaires à son exercice. Il rappelle les activités exercées par l'aide-soignant, ses savoir-faire et ses connaissances générales et détaillées. La fiche métier fait également mention de quelques informations complémentaires relatives aux relations professionnelles les plus fréquentes, aux études préparant au métier et diplôme, aux proximités de métier ainsi qu'aux tendances d'évolution du métier. *

619. Afin d'inciter les établissements franciliens à se lancer dans une démarche d'analyse des ressources humaines, l'ARHIF propose une méthode de rattachement des effectifs au répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Cette méthode de rattachement n'est qu'un exemple d'outils à disposition des établissements de santé. Elle ne doit pas rester figée et doit être adaptée au particularisme de chaque établissement, car « *adopter c'est adapter* ». Elle repose sur la création d'une « *feuille de recueil d'information*⁸²⁸ » transmise

⁸²⁸ ARHIF, *Démarche « métiers-compétences 2012 »*, Guide pratique de mise en œuvre, p. 19.

dans un premier temps aux cadres, puis soumise *in fine* à la décision du DRH. Lors d'une première étape, les feuilles de recueil d'information passent entre les mains du cadre évaluateur dont la mission consiste à rattacher chaque professionnel au répertoire des métiers. Au regard de la fiche de poste et de la description des métiers et des activités décrites par l'agent au cours de l'entretien d'évaluation, le cadre propose un intitulé de métier et de spécificité du répertoire. Cette tâche pourra s'avérer délicate lorsque le professionnel exerce des activités correspondant à plusieurs métiers. Dans ce cas, l'agent devrait être affecté au métier correspondant à l'activité la plus exercée. Ici, il est donc fait application de la règle « *major pars trahit ad se minorem* »⁸²⁹, « *la part la plus grande attire à elle la moindre* ». De même, la détermination de la spécificité pourra être source de difficultés, car celle-ci ne doit être mentionnée que lorsque le professionnel exerce une spécificité à temps plein. A titre d'exemple, pour un professionnel exerçant le métier d'infirmier en soins généraux, la spécificité de stomathérapie ne pourra être indiquée que si le professionnel exerce cette spécificité à temps plein. Tous les professionnels n'ont donc pas de spécificité associée au métier.

620. Après avoir formulé un avis, le cadre transmet la feuille de recueil d'information au DRH. Ce dernier a pour mission de valider ou de repositionner le professionnel sur un autre métier. C'est donc à lui qu'appartient la décision finale de rattachement du métier au répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Une fois ce travail de rattachement effectué, les données devront être transférées dans un fichier Excel ou dans un logiciel RH mentionnant les codes métiers et les spécificités lorsqu'elles existent.

621. Afin de formaliser cette connaissance de la situation de l'emploi, Madame O. DERENNE et Monsieur A. LUCAS préconisent l'élaboration de « *tableaux de bord par service ou pôle d'activité* »⁸³⁰. Ce type de tableau recense notamment l'emploi au sein du service, c'est-à-dire les métiers et les grades. Il permet également de dresser le bilan de l'effectif « *cible* »⁸³¹, c'est-à-dire convenus avec le service, et de l'effectif « *rémunéré* ».

⁸²⁹ Lorsque le professionnel exerce plusieurs activités, l'activité la plus exercée prime dans la détermination du métier. Dès lors, il est également fait application de la règle juridique « *accessorium sequitur principale* », l'accessoire suit le principal.

⁸³⁰ O. DERENNE, A. LUCAS, *Le développement des ressources humaines, Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière*, éd. ENSEP, 2005, p. 51.

⁸³¹ O. DERENNE, A. LUCAS, *op. cit.* p. 51. L'effectif « *cible* » visé dans le tableau de bord correspond à « *l'allocation de ressource convenue avec le service* », c'est-à-dire au « *contrat* » conclu entre l'institution et le service.

L'absentéisme du personnel⁸³², ainsi que son remplacement⁸³³ sont également recensés au sein du service. Enfin, le tableau de bord doit permettre d'identifier l'effectif « *disponible*⁸³⁴ », ainsi que les « *écarts entre l'effectif rémunéré total et l'effectif cible*⁸³⁵ ».

B- Analyse « actuelle » des compétences

- 622.** Un travail semblable d'identification des compétences disponibles par métier sera également demandé aux cadres des établissements. Ces derniers devront s'attacher à connaître les niveaux de compétence des salariés pour chaque métier.
- 623.** Cette étape d'évaluation des compétences repose sur une procédure « *classique* », largement décrite par les experts de la GPEC. Son objectif est de permettre à l'établissement d'identifier le niveau de compétences des professionnels pour chaque métier. De manière très schématique, la procédure consiste tout d'abord à identifier les compétences par métier, à travers la description des activités et des savoir-faire mentionnés dans les fiches de postes et le répertoire des métiers. Elle va ensuite exiger la mise en œuvre d'entretiens annuels d'évaluation des compétences. Ce travail préalable permettra de dégager un référentiel de compétences propre à chaque métier. L'établissement pourra ainsi établir des tableaux de bord synthétisant les niveaux de compétence des équipes. Un tel travail va permettre de pointer les compétences nécessaires ainsi que les experts présents dans l'établissement. A l'inverse, en cas de carence constatée, l'établissement devra s'interroger sur les besoins de formation de son personnel.
- 624.** Préalablement à tout travail d'analyse des compétences, les acteurs de la GPEC devront s'entendre sur le sens précis qu'ils souhaitent donner au terme de compétence, autrement dit, sur ce qu'il convient d'évaluer au cours des entretiens professionnels.

⁸³² O. DERENNE, A. LUCAS, *op. cit.* p. 51. L'absentéisme mentionnée dans le tableau de bord permet de lister les « *le nombre de jours d'absence* », « *l'effectif absent* », le « *taux d'absentéisme du personnel* », et le « *taux d'absentéisme du centre hospitalier* ».

⁸³³ O. DERENNE, A. LUCAS, *op. cit.* p. 51. Les situations de remplacement visées dans le tableau concernent le recours aux CDD de remplacement, ainsi que la mise à disposition de personnel.

⁸³⁴ O. DERENNE, A. LUCAS, *op. cit.* p. 51. L'effectif disponible correspond à l'écart entre l'effectif rémunéré total et l'absentéisme.

⁸³⁵ O. DERENNE, A. LUCAS, *op. cit.* p. 51. La mesure de l'écart entre « *l'effectif rémunéré total* » et « *l'effectif cible* », permet de mettre en lumière le respect ou le dépassement du budget alloué.

625. La notion de compétence est souvent perçue comme une « *somme de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être*⁸³⁶ ». Ces trois notions sont souvent identifiées comme les « *piliers* » de la compétence. En effet, le savoir permet de déterminer les connaissances nécessaires au métier. Le savoir-faire fait référence aux technicités et expériences du professionnel. Le savoir-être, quant à lui, renvoie à l'attitude et au comportement du professionnel dans le cadre de son travail. Pour autant, cette définition des compétences peut paraître réductrice, car elle ne permet pas de déterminer comment « *une personne agit avec compétence dans une situation professionnelle* ». En effet, selon Monsieur LE BOTERF, être compétent c'est « *savoir agir* », « *savoir exécuter une opération prescrite* », autrement dit c'est prendre des initiatives, savoir innover ou gérer des situations complexes⁸³⁷. Savoir agir dans une situation de travail donnée, nécessite d'être en capacité de « *mettre en œuvre des pratiques professionnelles*⁸³⁸ », tout en mobilisant des « *combinatoires de ressources* » personnelles⁸³⁹ et environnementales⁸⁴⁰. Savoir agir a donc pour objectif « *la réalisation d'un résultat attendu* », c'est-à-dire un service, « *pour un destinataire* », en l'occurrence l'utilisateur ou le patient⁸⁴¹.

626. La compétence n'est donc pas un état. Il s'agit d'un « *savoir agir* » dépassant la seule qualification qui n'est qu'une présomption de compétence. Il ne faut pas l'envisager comme une simple connaissance. Avoir des connaissances techniques, scientifiques, ou un savoir-faire, ne signifie pas être compétent. A titre d'exemple, ce n'est pas parce qu'un infirmier a des connaissances techniques relatives aux fonctions cardio-vasculaires, qu'il est en mesure de les mettre en œuvre au bon moment, dans une situation professionnelle. De même, de simples connaissances théoriques ne permettent pas à un médecin de poser un diagnostic. « *Il n'y a de compétence, que de compétence en acte*⁸⁴² ». Elle ne peut se constater qu'à l'occasion d'une situation professionnelle. Elle nécessite une mobilisation des ressources de l'individu,

⁸³⁶ G. LE BOTERF, *Ingénierie et évaluation des compétences*, EYROLLES, éd. d'organisation. p. 24.

⁸³⁷ G. LE BOTERF, *op. cit.* p. 24-29.

⁸³⁸ G. LE BOTERF, *op. cit.* p. 29.

⁸³⁹ G. LE BOTERF, *op. cit.* p. 29. Selon LE BOTERF, par ressources personnelles il faut entendre, ressources physiques, physiologiques, émotionnelles, connaissances, savoir-faire techniques, méthodologiques, relationnels et cognitifs.

⁸⁴⁰ G. LE BOTERF, *op. cit.* p. 29. Les ressources environnementales visent notamment les banques de données et réseaux de coopération tels que les collègues, experts ou veilles externes.

⁸⁴¹ G. LE BOTERF, *Construire les compétences individuelles et collectives*, éd. d'organisation, 2004.

⁸⁴² G. LE BOTERF, *De la compétence, Essai sur un attracteur étrange*, Paris, les Ed. D'organisation, pp. 16-18.

c'est-à-dire ses connaissances, capacités cognitives ou relationnelles. La compétence induit donc un « *savoir mobiliser*⁸⁴³ ».

627. Dès lors, la notion de situation professionnelle se trouve au cœur de l'évaluation des compétences. Elle se définit comme une « *activité prescrite à réaliser* », à laquelle s'ajoute « *des critères de réalisation souhaitable de cette activité*⁸⁴⁴ ». Dans l'un de ses ouvrages, Monsieur Guy LE BOTERF propose d'analyser la situation professionnelle d'un infirmier exerçant à l'hôpital⁸⁴⁵, afin de déterminer les critères d'appréciation de l'activité. Il démontre comment à partir d'un « *combinatoire de ressources personnelles et externes* », un infirmier va réaliser des « *activités clés* », afin d'obtenir un « *résultat attendu* ». En effet, c'est bien à partir des ressources personnelles, telle que la connaissance des procédures et de l'organisation de l'hôpital, que l'infirmier va gérer et organiser les soins. L'exercice de cette activité va lui permettre d'obtenir un résultat attendu : la réalisation de soins en coopération avec les autres professionnels de santé, « *sans rupture de la chaîne de soins*⁸⁴⁶ ». Dans cet exemple, l'activité clé de l'infirmier est la gestion et l'organisation des soins. Le critère de réalisation souhaitable de l'activité est un critère de coopération. Les résultats attendus doivent donc être appréciés et évalués au regard de la coopération avec les professionnels de santé.

628. Au regard de ces éléments, il semble opportun de nous rallier à la définition des compétences donnée par cet auteur. « *La compétence est la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte donné*⁸⁴⁷ ». Parmi ces savoirs on distingue les « *savoirs théoriques* » qui impliquent de savoir comprendre ou interpréter. Les « *savoirs procéduraux* » qui permettent de s'interroger sur le comment procéder. Les « *savoir-faire procéduraux* » nécessitant de savoir procéder. Les « *savoir-faire expérimentiels* » impliquant de savoir y faire. Les « *savoir-faire sociaux* » qui renvoient, quant à eux, au savoir se comporter. Enfin, les « *savoirs cognitifs* » faisant référence au savoir raisonner ou savoir apprendre. Ceux sont bien tous ces éléments que les cadres de santé devront évaluer au cours des entretiens d'évaluation. En menant l'évaluation, les cadres devront distinguer le fait d'être compétent,

⁸⁴³ G. LE BOTERF, *De la compétence, Essai sur un attracteur étrange*, op. cit.

⁸⁴⁴ G. LE BOTERF, *Ingénierie et évaluation des compétences*, op. cit. p. 30.

⁸⁴⁵ G. LE BOTERF, *Ingénierie et évaluation des compétences*, op. cit. p. 36.

⁸⁴⁶ G. LE BOTERF, *Ingénierie et évaluation des compétences*, op. cit. p. 37.

⁸⁴⁷ B. BURLET, *L'éducation thérapeutique du patient*, Soins n°771, déc. 2012. G. LE BOTERF, *Construire les compétences individuelles et collectives*, op. cit.

c'est-à-dire, « *agir avec compétence* », et la fait d'avoir des compétences, autrement dit « *avoir des ressources pour agir avec compétence*⁸⁴⁸ ». Agir avec compétence nécessitera de la part du professionnel « *un savoir agir* », « *un pouvoir agir* », ainsi qu'un « *vouloir agir* ».

629. Ce n'est qu'après avoir défini et identifié les niveaux de compétence des professionnels, que l'établissement pourra s'orienter vers l'analyse prévisionnelle des ressources humaines (II).

II- Analyse prévisionnelle

630. L'étude de l'existant doit conduire l'établissement à s'intéresser de près à l'évolution prévisionnelle des effectifs (A) et des compétences (B).

A- *Analyse prévisionnelle des effectifs*

631. Après avoir procédé à l'analyse de l'existant, l'établissement doit pouvoir se lancer dans une démarche plus concrète de gestion prévisionnelle des effectifs. Cette étape sera l'occasion d'anticiper l'évolution des effectifs au moyen d'une analyse des flux entrants et sortants, des pyramides des âges ou des tableaux de départs en retraite. Il s'agit donc de définir les besoins futurs de l'établissement, à partir des effectifs actuels et de la projection des flux entrants et sortants.
632. Afin de permettre à l'établissement d'anticiper l'évolution de ses effectifs, la DHOS a publié un « *guide méthodologique d'élaboration d'un outil de simulation des effectifs par métier*⁸⁴⁹ ». La méthode consiste tout d'abord à déterminer « *l'évolution probable*⁸⁵⁰ » des effectifs sur une période de 3 à 10 ans, en se basant sur l'historique de l'évolution des effectifs de l'établissement. Il s'agira ensuite de confronter l'évolution probable des effectifs avec les besoins par métier de l'établissement. Cette appréciation des besoins devra intégrer la stratégie de l'établissement en termes de restructurations, coopérations, ouvertures ou fermetures de services.

⁸⁴⁸ F. RUFFIN, *Une définition de la compétence professionnelle*.

<http://www.cadredesante.com/spip/profession/pedagogie/Une-definition-de-la-competence.html>.

⁸⁴⁹ DHOS, *guide méthodologique d'élaboration d'un outil de simulation des effectifs par métier*.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_simulation_ressources.pdf.

⁸⁵⁰ DHOS, *op. cit.* p. 1.

633. Conformément aux recommandations de la DHOS, il convient de déterminer « *le métier sur lequel va porter la simulation* ⁸⁵¹ ». Il peut notamment s'agir de métiers dits « *sensibles* », « *critiques* » ou « *émergents* ». Les auteurs considèrent comme métiers sensibles, « *tout métier dont la nature, le positionnement ou les effectifs connaîtront de fortes évolutions à court et moyen termes se traduisant par un effet d'attractivité ou de répulsion vis-à-vis des métiers considérés* ⁸⁵² ». Ils pointent cinq critères d'identification des métiers sensibles. Il s'agit des « *métiers dont le contenu doit évoluer* ». Ceux « *dont les effectifs seront réduits* ». Les « *métiers clés pour le développement des activités* ». Les « *métiers à contenu pauvre ou à risque de pénibilité élevé* ». Enfin, les « *métiers comportant des tâches qui seront percutées du fait de l'évolution du contenu d'autres métiers* ».

634. A ce titre, il convient notamment de s'intéresser aux places respectives des masseurs-kinésithérapeutes, et des intervenants en activité physique adaptée, susceptibles de se rencontrer au sein des EHPAD et services de soins de suite et de réadaptation (SSR). En effet, les intervenants en activité physique adaptée sont des spécialistes de l'activité physique et sportive adaptée à des personnes ayant un handicap physique, sensoriel, mental ou social. A l'inverse des masseurs-kinésithérapeutes dont les effectifs sont en déficits, ils peinent souvent à trouver un emploi. Par ailleurs, dans le cadre de leur activité, ils sont amenés à s'approprier certaines techniques des kinésithérapeutes. Dès lors, « *la nature ayant horreur du vide, le transfert de tâche s'opère naturellement* ⁸⁵³ ». La frontière entre glissements de tâches et exercice illégal devient alors très ténue.

635. Les masseurs-kinésithérapeutes, sont des spécialistes centrés sur la réadaptation, bénéficiant d'un monopole de massage ayant fait l'objet de nombreux contentieux et débats doctrinaux tenant à l'interprétation des articles du Code de santé publique. En effet, l'ancien article L.487 du Code de santé publique a d'abord précisé de manière très explicite que « *Nul ne peut exercer le massage* ⁸⁵⁴ *et la gymnastique médicale s'il n'est titulaire du diplôme d'état*

⁸⁵¹ DHOS, *op. cit.* p. 3.

⁸⁵² O. DERENNE, A. LUCAS, *Le développement des ressources humaines*, Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière. Ed. ENSP, p. 44.

⁸⁵³ Kiné Flash Paris, n°41, juillet 2012, p. 8. Propos tenus par Marie-Françoise DUFFRIN, masseur-kinésithérapeute, expert judiciaire près la Cour d'Appel de Paris.

⁸⁵⁴ Selon l'article R.4321-3 du Code de la Santé Publique « *On entend par massage toute manœuvre externe, réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus* ». Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, JO du 8 août 2004.

de masseur kinésithérapeute (...) ». Pour autant, ce monopole a semblé être remis en cause par la nouvelle formulation de l'article L.4321-1, qui rappelle que « *La profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale (...) ».* Ce texte introduit par la loi du 15 juin 2000 a donc semé le trouble dans les esprits quant au maintien ou non du monopole de massage. Afin de mettre un terme aux débats, le Conseil d'Etat est venu confirmer dans une décision du 29 décembre 2000⁸⁵⁵, la compétence exclusive du massage, thérapeutique ou non, aux seuls masseurs-kinésithérapeutes Diplômés d'Etat. Il a ainsi été précisé que « *Aux termes du premier alinéa de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique issu de l'ordonnance du 15 juin 2000 relative à la partie législative du code de la santé publique : « La profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale". Ces dispositions se sont substituées à l'article L. 487 du même code aux termes desquels »(...) nul ne peut exercer la profession de masseur-kinésithérapeute, c'est-à-dire pratiquer le massage et la gymnastique médicale, s'il n'est muni du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute et inscrit au tableau de l'ordre (...) ».* Le changement ainsi introduit dans la définition de la profession de masseur-kinésithérapeute, dont la rédaction est inspirée de celles retenues pour d'autres professions paramédicales relevant de définitions similaires avant la codification, n'a ni pour objet ni pour effet de modifier l'état du droit relatif aux conditions d'exercice de la profession et à la répression de son exercice illégal⁸⁵⁶ ».

636. Au regard de ces dispositions, les intervenants en activité physique adaptée ne peuvent donc pratiquer aucun acte de rééducation ou de gymnastique médicale, sous peine d'être sanctionnés par l'article L.4323-4 du Code de santé publique⁸⁵⁷, au titre de l'exercice illégal de la profession de masseurs-kinésithérapeute.

637. Le Conseil National de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, conscient de cette problématique, s'est d'ailleurs positionné en rappelant que quelques soient les difficultés de recrutement des masseurs-kinésithérapeutes, il ne peut tolérer aucune pratique conduisant à l'exercice illégal de la profession, au sein d'établissements de santé, eux-mêmes garants de la

⁸⁵⁵ Conseil d'Etat statuant au contentieux n° 223361, mentionné dans les tables du Recueil Lebon.

⁸⁵⁶ Décision du Conseil d'Etat du 29 décembre 2000.

⁸⁵⁷ Selon l'article L.4323-4 du C. santé publique, « *l'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende ».*

qualité optimale des soins⁸⁵⁸. L'étude prévisionnelle des métiers devra donc intégrer ces données quant aux compétences respectives des deux professions.

638. Par ailleurs, « *l'étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière*⁸⁵⁹ » recense 10 métiers et groupes métiers considérés comme sensibles : aide-soignant, aide médico-psychologique, auxiliaire de puériculture, groupe infirmier ; manipulateur en électroradiologie médicale, cadre de santé de proximité et cadre de santé de pôle, cadre administratif de pôle, secrétaire médicale, technicien d'information médicale, acheteur, contrôleur de gestion et responsable de système d'information. En fonction de la nature de l'activité et de la stratégie de l'établissement, ces métiers pourront donc faire l'objet d'une analyse prévisionnelle des effectifs.

639. Il est également pertinent d'orienter la simulation sur les métiers émergents. Lors de sa démarche « *métiers-compétences 2012*⁸⁶⁰ », l'ARHIF a relevé huit métiers considérés comme émergents en Ile-de-France. Il s'agit des métiers de contrôleur de gestion, directeur coordinateur des investissements hospitaliers, infirmière clinicienne experte, maître d'ouvrage de projet « *système d'information* », managers de lit, responsable de plateaux techniques, responsable de projets « *promotion et diffusion de bonnes pratiques* », et enfin technicien de traitement de l'information et de transfert de l'imagerie médicale.

640. Ce listing des métiers émergents doit toutefois être analysé avec prudence et relativité. Conformément à la pensée de PASCAL, « *vérité en deçà des Pyrénées, erreur au-delà*⁸⁶¹ », ces métiers nouveaux, aux contours incertains, varient en fonction de l'environnement dans lequel ils évoluent. En effet, dans la région Ile-de-France, la qualification de métier émergent tient compte de la taille des établissements de santé. Il est certain que d'autres régions d'avantage frappées par le vieillissement de la population et par la dépendance, auraient

⁸⁵⁸ Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, Paris le 30 janvier 2013. *Masseurs-kinésithérapeutes et intervenants en activité physique adaptée. Quelles compétences respectives ? Quels domaines d'activité ?*

⁸⁵⁹ Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, *Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière. Tome 2, Monographie des 10 métiers et groupes métiers sensibles*. Ed. ENSP, 2007.

⁸⁶⁰ ARHIF, *Démarche « métiers-compétences 2012 »*. Synthèse des travaux du groupe 2. Analyse de l'évolution des métiers en Ile de France.

⁸⁶¹ B. PASCAL, *Pensées*. Ed. Gallimard, coll. Folio classique, 1977, fragment 56, p. 87

identifié d'autres métiers émergents, en lien avec la prise en charge des personnes âgées ou de l'hospitalisation à domicile.

641. Par ailleurs, notons que l'apparition de nouvelles exigences économiques, techniques et juridiques, conduisent les établissements à se doter de juristes, d'analystes financiers ou de contrôleurs de gestion. Dans son rapport relatif au transfert de compétence, Monsieur Yvon BERLAND⁸⁶² identifie ainsi de nouveaux métiers du soin. Selon lui il serait souhaitable de créer un « *métier d'infirmière clinicienne spécialiste* », à l'instar des Infirmières de Bloc Opératoire Diplômées d'Etat⁸⁶³ ou des Infirmières Anesthésistes Diplômées d'Etat⁸⁶⁴. Ces infirmières participant notamment au suivi en consultation des maladies chroniques, pourraient exercer en gastro-entérologie, cardiologie, néphrologie, cancérologie, diabétologie ou en soins primaires⁸⁶⁵. Le rapport met également en exergue le métier de diététicien de soins « *tenu de prendre en charge sur prescription médicale des carences d'apport ou les apports inadaptés à une situation médicale* ». Il préconise également, la création d'un métier de « *coordinateur du handicap* » permettant de « *coordonner l'encadrement polyvalent des personnes en situation de handicap* », et de psychologues praticiens à l'instar des psychos-oncologues⁸⁶⁶.

642. Par ailleurs, précisons que la simulation d'effectifs devra intégrer l'identification des flux d'entrée et de sortie sur un métier. La DHOS en identifie quinze⁸⁶⁷. Les flux dits « *incontournables* » car fréquemment référencés, tels que la retraite, la maternité et la mutation. Les flux dits « *accessoires* » qui ne seront pris en considération qu'à partir d'un certain volume d'effectif. Parmi ceux-ci, on distingue la disponibilité, le détachement, le congé parental, le congé de formation professionnelle, la démission, l'étude promotionnelle, le décès, le congé longue maladie, le congé longue durée, le mi-temps thérapeutique, le temps partiel, et enfin la VAE.

⁸⁶² Y. BERLAND, *Coopération des professionnels de santé : le transfert de tâches et de compétences*, oct. 2003.

⁸⁶³ IBODE.

⁸⁶⁴ IADE.

⁸⁶⁵ Y. BERLAND, *op. cit.* p. 49-51.

⁸⁶⁶ La psycho-oncologie a pour objet la prise en compte des dimensions psychologiques, psychiatriques, comportementales, familiales et sociales, en relation à un cancer. La psycho-oncologie est exercée par des psychiatres et des psychologues auprès des personnes atteintes de cancer, pendant le traitement et après. <http://www.afsos.org/Psycho-oncologie.html>.

⁸⁶⁷ DHOS, *op. cit.* p. 3-6.

643. Une attention particulière devra d'ailleurs être apportée au dispositif de la VAE, représentant aujourd'hui un véritable enjeu, tant pour les professionnels tels que les « *faisant fonction* », que pour les établissements de santé. En effet, les « *faisant fonction* », jouent souvent le rôle de « *cadre de substitution* », exerçant les fonctions d'encadrement sans en avoir la reconnaissance. Confronté à un déficit croissant de cadre de santé, l'hôpital a de plus en plus recours à ces professionnels dont le statut « *bancal* ⁸⁶⁸ » ou « *intermédiaire* » permet de pallier au manque de cadres au sein des établissements. En effet, la rémunération fondée sur le statut d'origine représente un argument de choix pour le directeur d'établissement permettant d'encadrer le personnel à moindre coût. Par ailleurs, on peut considérer que ce statut à mi-chemin entre soignant et cadre permet à la direction des soins d'avoir l'ascendant sur un professionnel dont le positionnement n'est pas réglementé. Pour autant, la place de « *faisant fonction* » peut également se révéler comme étant une formidable opportunité pour l'infirmier soucieux d'évoluer et de réussir son concours d'entrée en institut de cadre de santé ⁸⁶⁹. Beaucoup d'établissements proposent d'accompagner les « *faisant fonction* » dans cette démarche de développement des compétences. L'AP-HP propose notamment la mise en place d'une procédure de professionnalisation ou d'accompagnement formalisée par la conclusion d'un contrat avec le « *faisant fonction* ». Au terme de cet accord, la direction s'engage à accompagner le professionnel. En retour, ce dernier a l'obligation de se présenter au concours d'entrée de l'institut de formation de cadres de santé. Le contrat est conclu pour une durée déterminée de trois ans. Au cours de la première année, le professionnel est mis en situation. La deuxième année est consacrée à la préparation au concours, avec possibilité de le repasser en cas d'échec. Au bout de deux échecs successifs, le « *faisant fonction* » est accompagné sur un autre poste ou réintégré en tant qu'infirmier. Cet exemple d'accompagnement assorti d'un dispositif de « *double chance* », illustre bien le caractère « *gagnant-gagnant* » du statut de « *faisant fonction* », tant pour l'établissement que pour le professionnel ⁸⁷⁰.

⁸⁶⁸ Le rapport SINGLY propose de mettre fin au statut « *bancal* » des faisant fonction. C. SINGLY, *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers - Rapport final – Propositions*, 11 Septembre 2009.

⁸⁶⁹ M.-C. CHAUVANCY, *Faisant Fonction de cadres de santé : professionnels en situation précaire*. <http://www.carnetsdesante.fr/Faisant-Fonction-de-cadres-de>.

M.-C. CHAUVANCY, « *Faisant fonction* » : vers une politique vertueuse ou une pérennisation par défaut ? <http://www.infirmiers.com/pdf/faisant-fonction.pdf>.

C. HALLER, 19 août 2004, *Faisant fonction de cadre de santé : avantages et limites d'un rôle mal reconnu*, 19 août 2004. www.cadredesante.com.

⁸⁷⁰ M.-C. CHAUVANCY, *op. cit.*

644. Pour autant, cette pratique laisse place à de nombreuses interrogations quant aux compétences nouvellement acquises. En effet, ces professionnels qualifiés de « succédanés⁸⁷¹ » de cadres, exercent les attributions de cadres le plus souvent avec compétence, mais n'en n'ont pas le titre. La compétence visée ici, est la compétence « réelle », « dans une situation professionnelle », telle que définit par Monsieur LE BOTERF. Dès lors, la VAE apparaît comme étant la solution pour ces professionnels, permettant de leur octroyer le titre, de valoriser le travail accompli et les compétences acquises⁸⁷². Ainsi que certains professionnels le précisent, « les mêmes responsabilités, des problématiques amplifiées, nous apprenons sur le tas à être ce que nous ne sommes pas !⁸⁷³ » Dès lors, il convient de s'interroger sur la responsabilité de ces agents exerçant officiellement, mais sans statut légal. En dehors de toute formalisation contractuelle, il semble difficile de pouvoir leur opposer une quelconque faute d'encadrement. Afin de pallier à cette situation d'exécution d'une « fonction au statut non-officiel⁸⁷⁴ », il serait certainement judicieux que l'institut de formation des cadres de santé ouvre ses portes à ces professionnels expérimentés, via la VAE.

B- Analyse prévisionnelle des compétences

645. L'analyse prévisionnelle des compétences permet à l'établissement d'anticiper l'évolution des compétences nécessaires sur chaque métier. Il s'agira pour le DRH de s'interroger sur « le qui » ou sur « le quoi » former aujourd'hui pour être compétent demain. A l'instar des métiers, quelles compétences sont considérées comme émergentes, stratégiques, sensibles, à risques ou en disparition ? L'externalisation est-elle une solution permettant d'anticiper les difficultés futures ? De telles analyses ne pourront se faire qu'en lien avec les études nationales relatives à l'évolution des métiers et des compétences et aux facteurs impactant ces évolutions. Les 10 facteurs d'évolution⁸⁷⁵ recensés par l'étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière devront donc faire l'objet d'une analyse

⁸⁷¹ M.-C. CHAUVANCY, *op. cit.*

⁸⁷² M.-C. CHAUVANCY, *op. cit.* C. HALLER, *op. cit.*

⁸⁷³ M.-C. CHAUVANCY, *op. cit.*

⁸⁷⁴ M.-C. CHAUVANCY, *op. cit.*

⁸⁷⁵ Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, *Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière, Facteurs d'évolutions probables à moyen et long terme dans les champs sanitaires, social et médico-social publics impactant des ressources humaines et les organisations*, Tome 1. éd, ENSP, 2007. Ainsi, il conviendra d'analyser l'évolution des compétences en lien avec les changements impactant la démographie, la demande des usagers, l'organisation de l'offre de soins, les pratiques de soins, les technologies médicales, l'innovation et la recherche, l'économie, l'organisation interne et le management, le système d'information et la gestion des flux, les politiques de qualité et de gestion des risques, et le système de formation professionnelle initiale et continue.

précise. Ainsi, afin de mettre œuvre cette étape de gestion prévisionnelle des compétences, il appartiendra au DRH d'analyser et d'anticiper l'évolution démographique des patients et notamment l'augmentation des personnes très âgées en situation de dépendance. Il conviendra de tenir compte de l'évolution des usagers, de plus en plus impliqués dans le système de soin. L'évolution des pratiques de soins devra également être prise en considération. Par ailleurs, dans son analyse, l'établissement devra intégrer les bouleversements économiques induits par la tarification à l'activité et nécessitant une efficience dans la gestion des flux. De même, l'évolution des systèmes d'information et de la gestion des flux va être à l'origine d'une augmentation des informations saisies et traitées et nécessitera de former de nouveaux collaborateurs logistiques et informatiques en charge de la gestion des flux.

- 646.** Au regard des préconisations de l'ARHIF, la démarche GPEC apparaît comme étant une procédure logique nécessitant de procéder à l'étude de 4 volets successifs, évoluant d'une analyse actuelle vers une analyse prévisionnelle des emplois et des compétences. La réalisation de ces travaux doit permettre à l'établissement de constater le différentiel entre le prévisionnel et l'actuel. Ainsi, une politique de réduction et de gestion des écarts devra être mise en œuvre, à travers le plan d'action GPEC (§2).

§2- Le plan d'action GPEC

- 647.** Afin de réduire les écarts entre les besoins projetés et les ressources disponibles, l'établissement doit mettre en œuvre un plan d'action. Pour ce faire, un certain nombre d'outils juridiques sont à la disposition du DRH : plan de recrutement, de formation, mobilité interne ou externe, redéploiement du personnel ou dispositif d'intéressement destiné à fidéliser le personnel.
- 648.** L'utilisation de ces outils diffère selon les situations envisagées. Lorsque l'écart entre les ressources disponibles et les besoins conduit à une diminution d'activité, il convient de réduire les effectifs en limitant les recrutements et en procédant à un redéploiement du personnel. A titre d'exemple, lors d'une opération de fusion s'accompagnant d'une nouvelle répartition des activités de soin, le DRH peut être amené à envisager une réduction du personnel soignant. En outre, lorsque les écarts démontrent une augmentation de l'activité, il convient alors d'augmenter les effectifs en procédant au recrutement du personnel

correspondant. Enfin, lorsque l'on constate une évolution de l'activité, il convient d'accompagner l'évolution des compétences en procédant au recrutement de nouvelles compétences, ainsi qu'à la formation du personnel destiné à acquérir ces nouvelles compétences⁸⁷⁶.

649. Pour autant, précisons qu'une opération de restructuration telle qu'une fermeture de service, peut très bien conduire simultanément au trois cas de figures précédemment envisagés. En effet, la fermeture d'un plateau technique chirurgical va nécessairement entraîner la cessation d'une activité, mais également un transfert d'activité, des fusions et des coopérations entre établissements. De même, une réorganisation des locaux consécutifs à la construction d'une nouvelle structure peut conduire à une mutualisation du personnel ainsi qu'à la création d'un GCS ou d'un CHT. Un transfert d'activité pourra ainsi être envisagé d'un établissement public vers un établissement privé commercial. L'ensemble de ces opérations de restructuration sont l'occasion de mettre en œuvre un plan d'action GPEC, permettant de gérer au mieux la situation des personnels concernés. A titre d'exemple, la fermeture d'un plateau technique maternité pour cause de seuil d'activité non atteint, peut s'accompagner de la création d'un centre périnatal de proximité. Il convient alors de réorganiser le service et d'envisager le redéploiement du personnel. Dans cette hypothèse, le plan d'action GPEC devient complexe, et nécessite la mise en œuvre de différents outils juridiques. Nous envisagerons successivement chacune des possibilités s'offrant au DRH.

650. Le recrutement apparaît comme étant le premier outil à disposition du DRH, permettant de réduire les écarts entre les besoins et les ressources disponibles. Le plan de recrutement doit avant tout, déterminer les attentes de la direction quant au profil recherché. L'élaboration d'une fiche de description du poste et du métier, constitue un bon moyen d'identifier et de classer les critères de sélection d'un candidat. Le recrutement pourra ensuite s'effectuer en interne ou en externe. La mobilité interne devra notamment être encouragée. Elle se définit par un changement d'emploi ou de fonction, sans changement d'employeur. Il existe différentes formes de mobilité interne⁸⁷⁷ : la mobilité « *professionnelle* » ou « *fonctionnelle* » avec changement de métier. La mobilité « *d'environnement* » ou « *géographique* », s'accompagnant d'un changement de lieu d'exercice. La mobilité

⁸⁷⁶ O. DERENNE, A. LUCAS, *Le développement des ressources humaines. Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière*. Vol. 2. p. 111- 112.

⁸⁷⁷ J. ABRAHAM, *Mobilité interne et polyvalence : efficience et création de ressources*, Cahiers du CERMAT-UPRES, IAE de Tours, vol 14, n°88, 2001.

« *verticale* », correspondant à une promotion hiérarchique. La mobilité « *horizontale* », correspondant à un changement d'emploi et à un élargissement des compétences à un niveau hiérarchique identique. Enfin, la mobilité dite « *anticipée* »⁸⁷⁸, mise en œuvre en prévision d'un changement ou d'une évolution des métiers, et s'opposant à la mobilité « *à chaud* », déclenchée de manière plus précipitée.

651. La mobilité décidée dans le cadre du plan d'action GPEC doit se préparer et s'anticiper. Ainsi, elle nécessite une certaine forme de « *professionnalisation de la gestion de la mobilité* »⁸⁷⁹ au sein des établissements de santé, impliquant la création d'un métier de « *responsable mobilité* » ou de « *responsable gestion de carrières* ». Ces nouveaux métiers, indispensables au processus GPEC, participent du développement de l'employabilité des professionnels, ainsi que de l'attractivité de l'établissement de santé. A titre d'exemple, le Groupe Général Santé⁸⁸⁰ a mis en œuvre une politique de mobilité fonctionnelle et géographique ayant pour objectif de renforcer son attractivité et de fidéliser le personnel, notamment grâce à une charte de mobilité. Ce type de dispositif a notamment permis, en l'espace de 5 ans, de promouvoir 3 Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) à des postes d'encadrement. De même, un technicien biomédical a pu occuper un poste d'ingénieur biomédical. Un brancardier a également intégré une école d'aides-soignants. Enfin, une assistante administrative a suivi une formation en ressources humaines en vue d'intégrer un poste en interne. Cette politique de mobilité aurait très bien pu être mise à l'honneur dans le cadre d'un plan d'action GPEC.

652. Si au cours d'une démarche GPEC la mobilité doit être encouragée, elle peut également être encadrée juridiquement par le biais d'accords collectifs ou via une « *démarche de conduite du changement* »⁸⁸¹. En effet, à l'occasion d'un projet de réorganisation, il peut être convenu d'élaborer avec les partenaires sociaux une procédure dite de « *conduite du changement* », destinée à accompagner collectivement ou individuellement le personnel de l'établissement. C'est d'ailleurs, l'option choisie par le CHU de Nancy, qui lors d'un projet de fermeture de site et de transfert d'activité a souhaité favoriser le redéploiement des effectifs.

⁸⁷⁸ ANAP, *Améliorer la gestion des ressources humaines, Mobilité professionnelle, recueil des pratiques observées*, p. 10.

⁸⁷⁹ ANAP, *op. cit.* p. 9.

⁸⁸⁰ ANAP, *op. cit.* p. 18. La charte de mobilité de la Général de Santé est disponible sur le site de l'ANAP. www.anap.fr. www.generale-de-sante.fr.

⁸⁸¹ ANAP, *op. cit.* p. 49.

Cette procédure élaborée en concertation avec les partenaires sociaux, permet de créer un dispositif de bourses d'emploi et d'anticiper le redéploiement du personnel. Ce type de démarche peut également susciter la mobilisation des autres employeurs du secteur sanitaire de la région dans le cadre d'une mobilité externe. En outre, elle permet aux employés de formaliser un projet professionnel dans l'hypothèse d'une reconversion. Un tel exemple de procédure d'accompagnement d'un projet de réorganisation, peut être mis en œuvre à tout moment, que ce soit en situation dite normale, d'urgence ou au cours d'une démarche d'anticipation inhérente à la modernisation du secteur.

653. Le responsable du recrutement et de la mobilité aura donc un rôle certain à jouer au cours d'une démarche d'anticipation. Sa fonction consiste à sélectionner ou proposer des candidats en adéquation avec les profils métiers recherchés. Il devra ainsi recenser de manière prévisionnelle les vacances ou créations de postes. Il devra notamment prendre toutes les dimensions de l'augmentation du nombre des restructurations hospitalières, ainsi que de la raréfaction de certaines catégories professionnelles sur le marché du travail. En tant qu'acteur principal du plan d'action GPEC, il aura pour mission de rendre attractif l'établissement et de fidéliser le personnel grâce à des actions de mobilités internes. En outre, il devra participer au développement des outils de gestion prévisionnelle des emplois, ainsi que des outils d'anticipation des besoins.

654. En toutes hypothèses, dans un contexte d'accroissement des contraintes budgétaires, les recrutements devront s'effectuer à moindre coût. Pour ce faire, les « *contrats aidés*⁸⁸² », ouvrant droit à avantages financiers de type subventions ou exonérations de cotisations sociales, devront faire partie intégrante de la politique de recrutement de l'établissement. Une convention pour le recrutement de 1500 nouveaux emplois d'avenir a d'ailleurs été signée le 9 septembre 2013 entre la FEHAP et l'Etat. La FEHAP s'est ainsi engagée à mobiliser ses adhérents pour recruter 1500 emplois d'avenir entre 2013 et 2014. De leur côté, le ministre des affaires sociales et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, financeront les

⁸⁸² Selon l'INSEE, le contrat aidé est un contrat de travail dérogatoire au droit commun, pour lequel l'employeur bénéficie d'aides, qui peuvent prendre la forme de subventions à l'embauche, d'exonérations de certaines cotisations sociales, d'aides à la formation. Ce type de contrat offre la possibilité aux employeurs d'embaucher des demandeurs d'emploi répondant à certaines conditions d'âge, de formation ou de situation.
<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/contrat-aide.htm>.

formations de jeunes recrutés, de manière à ce qu'ils acquièrent les compétences nécessaires aux fonctions d'ambulancier, d'aide-soignant, auxiliaire de vie et aide médico-psychologique.

655. Le recrutement en santé peut donc s'avérer être un vrai « casse-tête⁸⁸³ » pour les établissements, confrontés à des professionnels jouant le jeu de la surenchère, dans un contexte de pénurie des ressources humaines en santé. Afin d'éviter toutes dérives, le forum européen des managers de santé s'est réuni le 26 juin 2012, afin de faire le point sur les difficultés de recrutement du secteur. En effet, la crise des ressources humaines concerne tout aussi bien les cadres que les professions médicales ou paramédicales. Afin de pallier aux difficultés de recrutements, le secteur public propose de recourir au « *salariat qui est un mode rémunération très apprécié des jeunes génération*⁸⁸⁴ ». Les établissements publics ou privés ont également recours aux agences d'intérim pour procéder à des remplacements, tout en proposant des tarifs parfois très attractifs. En effet, ainsi que le souligne le DRH de NOVATIS⁸⁸⁵, Mathieu GEFFRIER, « *le recrutement d'un médecin, c'est 30 000 euros*⁸⁸⁶ ». Certains cabinets de recrutement ont plutôt recours au procédé de cooptation. Cependant, l'immigration reste la méthode la plus utilisée pour pallier à la pénurie de personnel médical. Selon Monsieur Sébastien BOURNE, directeur associé du cabinet de recrutement Alexander B. SMITH, « *Pour les médecins, nous recrutons souvent en Roumanie. La population y est francophile et francophone. Qui plus est, ces médecins acceptent d'être moins payés dans un premier temps, sur deux ans, ce qui permet d'amortir le coût de leur recrutement*⁸⁸⁷ ». En effet, la Directive 2005/36/CE sur la reconnaissance des qualifications professionnelles, permet d'améliorer la flexibilité du marché du travail en favorisant la reconnaissance automatique des qualifications pour les ressortissants de l'Union Européenne. En revanche, pour les médecins originaires des pays hors Union Européenne, une procédure d'autorisation d'exercice spécifique doit être mise en œuvre. Ainsi, l'on peut constater que depuis l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie le 1^{er} janvier 2007 dans l'Union Européenne, 5000 praticiens

⁸⁸³ L. MAUDUIT, *Recrutement en santé : le casse-tête des établissements*. Le quotidien du médecin.fr. <http://www.lequotidiendumedecin.fr/print/140441>.

⁸⁸⁴ J.-B. GERVAIS, *Un colloque cherche des pistes pour recruter des personnels de santé*, HOSPI MEDIA. <http://www.fhf.fr/Actualites/Management-durable-RSE/Attractivite/Un-colloque-cherche-des-pistes-pour-recruter-des-personnels-de-sante>.

Propos tenus par Thomas LAURET directeur du groupe hospitalier Paul Brousse (AP-HP), lors du colloque européen des managers de santé du 26 juin 2012.

⁸⁸⁵ NOVATIS est un groupe pharmaceutique dont le siège social est situé en Suisse.

⁸⁸⁶ J.-B. GERVAIS, *op. cit.*

⁸⁸⁷ J.-B. GERVAIS, *op. cit.*

Roumains ont choisi de s'exiler. Plus d'un quart se sont installés en France. Les autres exercent en Allemagne, Belgique, au Royaume Uni, Espagne ou Italie.⁸⁸⁸

656. En toutes hypothèses, les difficultés de recrutement ne doivent pas conduire à nourrir le cercle « vicieux » de la crise des ressources humaines en santé. En effet, la baisse du nombre de praticiens ne doit pas être associée à une diminution de la qualité de prise en charge, à des fermetures de service ou à des restructurations⁸⁸⁹. Tout l'enjeu du plan d'action GPEC repose sur cet objectif. Afin de ne pas alimenter cette spirale infernale, la politique de recrutement mise en œuvre dans le plan d'action GPEC devra savoir combler les lacunes en ressources humaines, tout en préservant la qualité du service.

657. L'intéressement constitue également un outil d'actualité, permettant à l'établissement de fidéliser son personnel et de combler les écarts entre l'actuel et le prévisionnel. Le 15 janvier 2013, un rapport intitulé « *l'intéressement collectif dans la fonction publique: atout et mise en œuvre*⁸⁹⁰ », a été réalisé par un groupe de travail présidé par Michel DIEFENBACHER, conseiller maître à la Cour des Comptes et ancien député du Lot-et-Garonne, à la demande de FONDACT⁸⁹¹. Ce rapport propose de privilégier l'intéressement collectif dans la fonction publique hospitalière. Cette dernière étant identifiée comme étant celle « *où les besoins sont les plus cruciaux, les esprits les plus prêts et le cadre réglementaire le plus favorable à un déploiement de l'intéressement*⁸⁹² ».

658. Précisons que l'intéressement collectif consiste à verser aux agents une prime si l'entité atteint un objectif fixé à l'avance. Le contexte actuel de rigueur budgétaire et de mise en œuvre de contrat de performance en lien avec l'ANAP, rend particulièrement opportun l'élaboration de ce type de dispositif au sein des hôpitaux français. Par ailleurs, le contexte réglementaire est également propice à la mise en œuvre de l'intéressement collectif. En effet, la nouvelle gouvernance et les contrats de pôles conclus entre les pôles d'activités médicales

⁸⁸⁸ M. CHEBANA, L. GESLIN, *La valse européenne des médecins*, Le monde diplomatique, mai 2011. <http://www.monde-diplomatique.fr/2011/05/CHEBANA/20448>.

⁸⁸⁹ J.-B. GERVAIS, *op. cit.*

⁸⁹⁰ M. DIEFENBACHER, *Rapport sur l'intéressement collectif dans la fonction publique*, mai 2009. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000247/0000.pdf>.

⁸⁹¹ FONDACT est une association à but non lucratif qui œuvre au développement des mécanismes de participation.

⁸⁹² FONDACT, *L'intéressement collectif dans la fonction publique: atouts et mise en œuvre - Synthèse*, p. 2, janvier 2013.

et la direction générale, représentent la base législative de l'intéressement collectif. Ainsi que le précise le décret 2010-656 du 11 janvier 2010, « *l'atteinte des objectifs fixés donne lieu à un intéressement dans les conditions prévues par la politique institutionnelle d'intéressement qui rétribue l'amélioration de la performance globale du pôle en direction de l'ensemble des équipes du pôle* ».

659. Rappelons que le mécanisme d'intéressement collectif dans les établissements de santé existait déjà, mais sous une forme non monétaire et peu répandue. En effet, la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 a offert la possibilité d'instaurer une politique d'intéressement collectif. Cependant, au regard de l'imprécision de la réforme, le Conseil d'Etat a considéré dans un avis du 21 mars 1995, que cet intéressement ne pouvait donner lieu à versement d'un avantage monétaire, et ne pouvait donc porter que sur l'amélioration des conditions de travail⁸⁹³. Le rapport du FONDACT propose aujourd'hui d'introduire un véritable dispositif « *d'intéressement collectif distribué* » au sein de la fonction publique hospitalière. Il propose également de créer un Plan d'Epargne Hospitalier, semblable au Plan d'Epargne Entreprise.

660. L'intéressement représente donc un outil de fidélisation du professionnel de santé, indispensable au processus GPEC. Il permet d'associer et d'intéresser le personnel aux objectifs de hausse d'activité, de maîtrise des coûts de santé, ainsi qu'aux objectifs qualitatifs notamment en termes d'accueil et de prise en charge du patient⁸⁹⁴. L'intéressement, en tant qu'outil de gestion des écarts de la démarche GPEC, devra demeurer un dispositif de « *valorisation de l'acte médical* ». En aucune manière, il ne devra dériver vers un quelconque dispositif de « *dévalorisation des activités humaines auprès des patients (toilette, écoute etc.)* »⁸⁹⁵, difficilement quantifiable en terme d'objectif.

661. L'établissement doit donc ajuster ses effectifs en procédant à des recrutements et en fidélisant si besoin ses professionnels. Il devra également ajuster ses compétences, via notamment l'élaboration d'un plan de formation adapté à ses besoins. Pour ce faire, il devra jongler entre différents dispositifs: VAE, DIF, ou période de professionnalisation. L'ensemble

⁸⁹³ M. DIEFENBACHER, *op. cit.* p. 12.

⁸⁹⁴ M. DIEFENBACHER, *op. cit.* p. 12.

⁸⁹⁵ Gèneéthique, *Intéressement collectif à l'hôpital, dans l'intérêt des patients? Synthèse de presse quotidienne du 31 janvier 2013*. Propos tenus par Alain VERRET, rapporteur des travaux relatifs à l'intéressement collectif dans la fonction publique.
<http://www.genethique.org/?q=fr/node/14677&dateyear=201301>.

de ces mécanismes a pour visée de permettre à l'employeur d'ajuster le niveau de compétence nécessaire à ses besoins. A titre d'exemple, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), dispose au sein de sa Direction des Ressources Humaines, d'un véritable Centre de la Formation et du Développement des Compétences (CFDC), ayant pour dessein de mettre à disposition de l'établissement du personnel qualifié et compétent, ayant la possibilité d'évoluer à travers un projet professionnel. A cette fin, l'AP-HP dispose d'instituts et d'écoles de formation initiale pour ses personnels paramédicaux, sociaux et sages-femmes et de centres de formation continue destinés aux personnels médicaux et non médicaux⁸⁹⁶. L'ensemble de ces mécanismes de formation représente un outil d'accompagnement de la démarche GPEC permettant notamment d'ajuster les écarts entre le prévisionnel et l'actuel.

Conclusion Section 1

662. En définitive, la démarche GPEC répond à une méthodologie bien précise, progressant d'une vision actuelle vers une vision prévisionnelle des ressources humaines. Elle doit permettre de constater et de gérer les écarts, à travers l'élaboration d'un plan d'action GPEC. Cette méthode quasi systémique, proposée et présentée par de nombreux experts semble bien construite. Il n'est donc guère conseillé d'y déroger. Pour autant, si la démarche GPEC répond à un savoir-faire méthodologique ne laissant place qu'à très peu d'originalité, elle renvoie également à un savoir-faire empirique, laissant place, cette fois ci, à un large panel de possibilités expérientielles.

663. Le savoir-faire méthodologique ou formalisé, nécessite une bonne maîtrise de la procédure. Il doit être combiné au savoir-faire empirique ou expérientiel, issu de l'action et de la pratique. Cette dernière composante ne doit être négligée ou dépréciée. Elle est indispensable à la bonne utilisation des connaissances procédurales. C'est en combinant les deux notions, et en jouant de leur complémentarité, que l'établissement de santé pourra mettre en œuvre une démarche GPEC tournée vers l'avenir technologique.

⁸⁹⁶ <http://formation.aphp.fr/index.php>.

664. Les notions de savoirs sont donc au cœur de la démarche GPEC. Elle repose sur un savoir-faire méthodologique, nécessairement combiné à un savoir-faire empirique (Section II).

Section 2- Un savoir-faire empirique

665. Le savoir-faire empirique est une notion indispensable à la construction d'une démarche GPEC opérationnelle. Ce savoir-faire pragmatique est issu de l'expérience. « *Inséparable du faire*⁸⁹⁷ », il aboutit à des hypothèses d'action.
666. En effet, l'expérience nous démontre que la GPEC n'est pas qu'une simple méthode. Elle doit être une démarche collective et participative, nécessitant l'adhésion de chacun et laissant une place centrale au DRH, dont les fonctions prennent une nouvelle dimension au cœur du processus GPEC. Le cadre de santé apparaîtra également comme un organe central, tenu de faire de l'entretien d'évaluation, un espace propice à l'échange et à la communication. Ainsi, il devra accorder une place prépondérante à la notion de savoir-être, véritable concept de soin qui ne doit être sous-estimé lors de l'évaluation des compétences en santé.
667. La GPEC doit également être une démarche réflexive, laissant place aux questionnements et hypothèses d'action. Elle doit interroger l'hôpital de demain souvent qualifié d'hôpital « *High- Tech* » ou « *numérique* ». Dès lors, nous envisagerons l'hypothèse d'une démarche GPEC anticipant le développement des Systèmes d'information (SI) et de la télémédecine, dans un secteur fortement marqué par l'industrialisation de la médecine et risquant parfois de perdre ses repères humanistes. Anticiper les nouveaux métiers, les nouvelles compétences, c'est anticiper les nouvelles organisations de l'hôpital. Les acteurs de la GPEC doivent donc se tourner vers des secteurs encore expérimentaux aujourd'hui, mais assurément d'actualité demain.
668. Cette deuxième section sera donc l'occasion d'appréhender la GPEC sous l'angle du savoir-faire empirique. Nous constaterons ainsi qu'elle doit être participative (§1), consacrant notamment les fonctions du DRH et du cadre évaluateur. Elle devra également être une

⁸⁹⁷ G. LE BOTERF, *Développer la compétence des professionnels – construire les parcours de professionnalisation*, Ed. Liaisons, juin 2002.

démarche réflexive (§2), questionnant l'hôpital de demain et aboutissant à des hypothèses d'action.

§1- Une démarche participative

669. Afin d'impulser cette démarche d'identification des compétences, l'AHRIF recommande de l'organiser en « *mode projet* », en instaurant un comité de pilotage dirigé par le DRH, et composé de professionnels représentant l'activité de l'établissement⁸⁹⁸. Par ailleurs, pour donner du sens à ce projet, il paraît indispensable d'informer et de communiquer auprès des acteurs, qu'il s'agisse de salariés, d'agents ou d'institutions représentatives du personnel. En effet, c'est en explicitant les objectifs et les enjeux du processus, les méthodes et les outils utilisés, que les protagonistes se sentiront concernés et impliqués par la démarche métier-compétence. Ce n'est qu'après cette étape préalable de communication que les groupes de travail pourront procéder à la description des compétences d'un métier.

670. La GPEC est donc une action collective, impliquant l'ensemble du personnel de l'établissement autour d'un projet commun. Ainsi, le jeu de chacun des acteurs est guidé par le cadre, garant de l'entretien d'évaluation, et par le DRH, véritable chef d'orchestre du projet. Nous nous attacherons donc à définir cette démarche participative laissant une place centrale au DRH (I), et stratégique au cadre évaluateur (II).

I- La place centrale du DRH

671. Si depuis la mise en œuvre de la délégation de gestion au profit des responsables de pôle⁸⁹⁹ le DRH est souvent perçu comme le parent pauvre de l'hôpital, la réalité est tout autre. Certes, la loi HPST a rappelé dans l'exposé de ses motifs le principe de déconcentration de la gestion des ressources humaines aux pôles: « *le chef d'établissement délègue une partie de ses pouvoirs aux chefs de pôle, les chefs de pôles exerçant une responsabilité pleine et entière sur l'organisation de leur pôle et disposent de plus d'une délégation de gestion*⁹⁰⁰ ». Elle

⁸⁹⁸ Le comité de pilotage pourra organiser la création de groupe de travail ayant pour mission d'identifier et de formuler les situations de travail, ainsi que les niveaux de maîtrise afférents à chaque situation. Le comité devra également s'assurer de la mise en œuvre d'un planning d'action à mener.

⁸⁹⁹ La délégation de gestion a été instaurée par l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005.

⁹⁰⁰ Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, exposé des motifs. NOR : SJSX0822640L/Bleue-1. p. 2/21.

précise également que, « *le chef de pôle bénéficie ainsi d'une délégation de gestion large (...)* ». « *Il a autorité fonctionnelle sur l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux du pôle*⁹⁰¹ ».

672. Pour autant, le DRH apparaît aujourd'hui comme « *pilote du changement* » et « *garant d'une certaine éthique du management en ressources humaines*⁹⁰² ». En effet, plus que jamais d'actualité, la formation des professionnels de santé, la sécurisation des parcours professionnels, l'amélioration des conditions de travail et le développement des compétences redonnent une place de choix au DRH des établissements de santé. En tant que pilote du projet social, ce dernier doit désormais être associé à l'ensemble des décisions stratégiques de l'établissement, afin d'adopter une démarche prospective et mener à bien la GPEC.

673. Ce DRH dont les fonctions semblent aujourd'hui « *renovées* », fait dorénavant office de « *trait d'union* » entre le chef d'établissement, les cadres et notamment les chefs de pôle, les professionnels médicaux et non médicaux ainsi que les partenaires sociaux. L'ensemble de ces acteurs devra communiquer et être fédéré autour d'un objectif commun : la démarche GPEC en tant qu'outil prospectif participant de la production des soins.

674. Ces dernières années, la position du DRH au sein des établissements de santé a donc profondément évolué. Longtemps considéré comme un simple gestionnaire du personnel hospitalier, il se positionne dorénavant comme un personnage tout aussi bien stratégique qu'opérationnel des établissements de santé. En effet, on ne peut analyser le principe de déconcentration de la gestion des ressources humaines, comme une simple diminution des fonctions du DRH. Bien au contraire, en tant que « *co-pilote* » ou « *partenaires privilégié* » des responsables de pôles, il accompagne ces derniers dans une mission fondamentale : la gestion de « *la ressource première de la production de soins : l'humain*⁹⁰³ ». Grâce à la GPEC, le DRH devient élément fédérateur de la politique ressources humaines au sein de l'organisation, réunissant autour d'une même table, responsables de pôles, cadres, partenaires sociaux et autres acteurs du processus. Protagoniste « *vedette* » de la démarche, il permet de

⁹⁰¹ Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, exposé des motifs. p. 5/21.

⁹⁰² ANAP, *Améliorer la gestion des ressources humaines*, Préface p. 4.

⁹⁰³ C. GUGAST, *La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences : une autre vision du statut*. Les cahiers hospitaliers, n°280, juil. Août 2011.

lui donner du sens en mobilisant et sensibilisant l'ensemble des rouages de l'institution à la politique sociale de l'établissement, nécessairement axée vers le projet d'établissement.

675. Si la démarche GPEC permet de s'intéresser de près aux fonctions du DRH, elle permet également d'attacher une attention particulière au cadre de santé (II).

II- La place stratégique du cadre

676. Au cours de cette démarche participative, le cadre de santé apparaît comme étant un organe stratégique de première importance. Tel un médiateur, celui-ci devra guider l'entretien d'évaluation, véritable espace d'échange et de communication (A). De même, Il devra s'attacher à évaluer le savoir-être du professionnel, souvent considéré comme étant une qualité essentielle du soignant (B).

A- L'entretien d'évaluation : un temps d'échange et de communication mené par le cadre évaluateur

677. La procédure d'évaluation représente une étape fondamentale du processus GPEC. Mené par le cadre de santé, l'entretien d'évaluation met en valeur le travail du cadre, garant de la qualité et de la sérénité des relations dans le service. Afin de donner du sens à l'évaluation, le cadre devra impérativement instaurer un climat de confiance au cours de l'entretien. Cette instance de communication doit être propice à l'échange, et axée vers un projet de service ou de soin.
678. Longtemps considéré à tort comme un outil inutile générant perte de temps ou simulacre d'échange professionnel, l'entretien d'évaluation est aujourd'hui perçu comme un « véritable acte de management au cœur de la politique des ressources humaine⁹⁰⁴ », nourrissant les démarches GPEC. Définie par la FEHAP comme « l'analyse des compétences et des comportements professionnels d'une personne par rapport à un référentiel en vue de l'embauche d'un candidat, de l'évolution des liens contractuels, d'une adaptation au poste de

⁹⁰⁴ ANAP, *Améliorer la gestion des ressources humaines – Evaluation professionnelle du personnel non médical – Recueil des pratiques observées*, p 5. Propos tenus par Arnaud CORVAISIER, directeur du CH Sud Charente.

*travail*⁹⁰⁵ », l'évaluation peut intervenir à différent moment du lien contractuel : au recrutement, ou lors de l'exécution du contrat.

679. A l'occasion de la mise en œuvre d'une GPEC, l'entretien d'évaluation annuel du personnel non médical, aura pour objet d'évaluer le travail, les compétences et aptitudes du professionnel, c'est-à-dire son savoir, savoir-faire mais également son savoir-être⁹⁰⁶. Il permet d'apprécier les résultats, par rapport aux objectifs fixés. Outil de communication par excellence, il représente un temps d'écoute et de partage, propice à la bonne compréhension des objectifs collectifs et individuels⁹⁰⁷. Dans le cadre d'une démarche prospective, l'évaluation va donc permettre de déterminer les objectifs et souhaits des individus, en termes de formation ou d'évolution de carrière. Ce type d'entretien répond à des régimes juridiques distincts selon la nature privée ou publique de l'établissement.

680. Dans les établissements de santé de nature privée, l'évaluation constitue un droit mais aussi un devoir consacré par la jurisprudence et encadrée par les textes. En effet, dans un arrêt du 10 juillet 2002, la cour de cassation pose le principe selon lequel « *l'employeur tient son pouvoir de direction né du contrat de travail, le droit d'évaluer le travail de ses salariés*⁹⁰⁸ ». Le Code du travail précise également dans son article L.6321-1 que l'employeur a le devoir d'assurer l'adaptation du salarié à son poste de travail, et par là même, de procéder à l'évaluation de ses professionnels en vue de cette adaptation. En outre, afin de satisfaire aux procédures de certification et d'évaluation externe et interne⁹⁰⁹, il est rappelé que l'établissement est tenu d'évaluer ses professionnels afin de garantir la réalisation d'un travail de qualité.

681. Le déroulement de l'entretien fait également l'objet d'un encadrement très précis. Au cours de l'entretien, « *les méthodes et techniques d'évaluation des salariés doivent être pertinentes au regard de la finalité poursuivie*⁹¹⁰ ». Par ailleurs, les informations demandées

⁹⁰⁵ FEHAP, *L'évaluation des salariés*, Fiches pratiques relatives à la gestion des ressources humaines. http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/evaluation_des_salaries.pdf.

⁹⁰⁶ ANAP, *op. cit.* p. 9.

⁹⁰⁷ MEDEF, *L'entretien annuel d'évaluation, mode d'emploi*. <http://publications.medef.com/MEDEF-rh/Fiche-pratique-entretien-annuel-evaluation-mode-emploi.pdf>.

⁹⁰⁸ Cass., soc. 10 juil. 2002, n°00-42368.

⁹⁰⁹ Les procédures de certification et d'évaluation externe et interne sont respectivement prévues aux articles L.6113-3 du Code de santé publique et L.312-8 du Code de l'action sociale et des familles.

⁹¹⁰ Selon l'article L.1222-3 c. travail, « *les méthodes et techniques d'évaluation des salariés doivent être pertinentes au regard de la finalité poursuivie* ». A ce titre, la circulaire du 15 mars 1993 rappelle

au salarié ne peuvent avoir pour finalité que d'apprécier ses aptitudes individuelles⁹¹¹. L'évaluation doit reposer sur des critères objectifs⁹¹². A ce titre, rappelons que les instances représentatives du personnel jouent un rôle primordial dans le processus d'évaluation des professionnels. En tant qu'organe d'information-consultation, le comité d'entreprise doit être préalablement informé des méthodes et techniques d'évaluation ainsi que de leur éventuelle modification⁹¹³. En outre, la Cour de cassation précise dans un arrêt du 28 novembre 2007⁹¹⁴, que l'employeur doit consulter le CHSCT lorsque les entretiens annuels d'évaluation sont de nature à générer une pression psychologique ayant des répercussions sur les conditions de travail. Enfin, rappelons que le salarié doit être « *expressément informé, préalablement à leur mise en œuvre, des méthodes et techniques d'évaluation professionnelles mises en œuvre à son égard*⁹¹⁵ ».

682. Afin de préparer l'entretien, il peut être utile d'élaborer un « *guide de l'évaluation* » comprenant un questionnaire à destination du professionnel. Ainsi, le CHRU de LILLE et le

que « *si la loi n'institue pas un principe de validité scientifique des méthodes employées, principe qui serait inadapté dans un certain nombre de cas, elle exige un degré raisonnable de fiabilité. Ainsi le recours à des techniques présentant une marge d'erreur importante ne serait pas conforme à l'obligation de pertinence imposée par la loi* ». Cir. DRT 93-10 du 15 mars 2013, relative à l'application des dispositions relatives au recrutement et aux libertés individuelles (Titre V de la loi n°92-1446 du 31 déc. 1992 relative à l'emploi, au développement du travail à temps partiel et à l'assurance chômage). X. BERJOT, *les méthodes d'évaluation des salariés à l'épreuve de la jurisprudence*. www.ocean-avocats.com/popin-actualite.php?id=70. Publié sur www.embauche.com.

⁹¹¹ Selon l'article L.1222-2 c. travail, « *Les informations demandées, sous quelque forme que ce soit, à un salarié ne peuvent avoir comme finalité que d'apprécier ses aptitudes professionnelles. Ces informations doivent présenter un lien direct et nécessaire avec l'évaluation de ses aptitudes. Le salarié est tenu de répondre de bonne foi à ces demandes d'informations* ».

⁹¹² Cass., soc. 9 avril 2002, n°99-44.534.

⁹¹³ Selon l'article L.2323-32, al. 3 c. travail, « *Le comité d'entreprise est informé et consulté, préalablement à la décision de mise en œuvre dans l'entreprise, sur les moyens ou les techniques permettant un contrôle de l'activité des salariés* ».

⁹¹⁴ Cass., soc. 28 nov. 2007, n°06-21964. Cette décision a été prise sur le fondement de l'ancien article L.236-1 al.1, aujourd'hui L.4612-1 c. travail, selon lequel « *Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail a pour mission : 1° De contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure ; 2° De contribuer à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tous les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité ; 3° De veiller à l'observation des prescriptions légales prises en ces matières* ». Cette position a été confirmée par la Cour d'Appel de Rouen du 19 oct. 2010. CA Rouen 19-10-2010 n°09-5096.

⁹¹⁵ Selon l'article L.1222-4 c. travail, « *Aucune information concernant personnellement un salarié ne peut être collectée par un dispositif qui n'a pas été porté préalablement à sa connaissance* ». Selon la circulaire du 15 mars 1993, l'information des salariés peut intervenir sous une forme individuelle ou collective. DRT 93-10 du 15 mars 2013. X. BERJOT, *op. cit.*

CHI de Créteil ont mis en place un « *guide d'aide à la réalisation des entretiens*⁹¹⁶ ». Grâce à ce type d'outil, le cadre évaluateur pourra interroger le professionnel sur ses missions, l'évolution de celles-ci et sa capacité à s'adapter. Il conviendra également de s'interroger sur les objectifs fixés et attendus. Cet échange entre l'employeur et le salarié ne peut en aucune manière s'apparenter à un entretien disciplinaire, préalable à une sanction ou à un licenciement. Dès lors, le salarié ne peut se faire assister par un représentant du personnel⁹¹⁷. Toutefois, précisons que lorsque l'évaluation est instaurée dans l'établissement, le salarié ne peut s'y substituer, au risque de commettre une faute disciplinaire⁹¹⁸. Au regard de cet entretien, il ne peut être prononcé aucune sanction pécuniaire⁹¹⁹ ou mesures discriminatoire⁹²⁰, sous peine de nullité.

683. Dans les établissements de santé de nature publique, l'entretien annuel d'évaluation du personnel non médical⁹²¹ est régit par l'article 65-1 de la loi du 9 janvier 1986⁹²² modifiée par la loi du 5 juillet 2010⁹²³ relative à la rénovation du dialogue social. Selon cet article, les établissements publics sont habilités à expérimenter l'entretien professionnel au cours des années 2011, 2012 et 2013 afin d'apprécier la valeur professionnelles des fonctionnaires. Un bilan de ces entretiens sera présenté chaque année au Conseil Supérieur de la fonction publique hospitalière, ainsi qu'au parlement en 2014. Tout au long de cette expérimentation les établissements ne seront plus tenus d'appliquer les dispositions de l'arrêté du 6 mai 1959⁹²⁴ relatif à la notation. Le décret du 29 septembre 2010⁹²⁵ portant application de l'article 65-1 de la loi du 9 janvier 1986, définit les modalités de l'entretien professionnel. Selon ce texte, l'entrée dans l'expérimentation ne pourra se faire que par décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination, après avis du comité technique d'établissement. L'évaluation

⁹¹⁶ Direction des Ressources Humaines du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, *L'entretien d'évaluation*, sept. 2006.

⁹¹⁷ Cass. soc. 11 février 2003, n° 01-88014.

⁹¹⁸ Cass. soc. 10 juillet 2002, n° 00-42368.

⁹¹⁹ Art. L. 1331-2 c. trav.

⁹²⁰ Art. L. 1132-1 c. trav.

⁹²¹ DGOS, SDRH2S - Bureau des Ressources Humaines RH4, *Expérimentation de l'entretien professionnel dans la fonction publique hospitalière*.

⁹²² Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁹²³ Loi n°2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique.

⁹²⁴ Arrêté du 6 mai 1959 relatif à la notation du personnel des établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics.

⁹²⁵ Décret n°2010-1153 du 29 septembre 2010 portant application de l'article 65-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

professionnelle concerne les fonctionnaires et agents contractuels engagés à durée indéterminée, à l'exception des personnels de direction et des directeurs de soins. Cet entretien annuel traite des résultats et objectifs professionnels, de la manière de servir, des compétences et du savoir-faire de l'agent, ainsi que de son évolution professionnelle.

684. Quelle que soit la nature de l'établissement, l'entretien annuel est souvent caractérisé comme « *une tâche d'évaluation à risque*⁹²⁶ », car même si l'évaluation a pour objet d'apprécier une situation professionnelle, les agents ou salariés ont souvent du mal à opérer une « *distinction entre image personnelle et image professionnelle, entre la personne et le personnage professionnel*⁹²⁷ ». En effet, ce type d'entretien confronte plusieurs enjeux : « *l'évaluation dans sa dimension formelle et l'évaluation en tant que pratique de communication*⁹²⁸ ». Elle crée une ambiguïté entre pouvoir et autorité, ainsi qu'entre coopération et partenariat⁹²⁹. L'entretien d'évaluation nécessite donc une formation spécifique du cadre de santé évaluateur. Celui-ci n'est ni un « *coach* » ni un « *manager* », mais plutôt un « *accompagnateur* », car lorsque que l'on questionne le sens des pratiques, on accompagne nécessairement son équipe⁹³⁰. La pratique consistant à former les cadres de santé participant à l'évaluation est donc très fréquente dans les établissements procédant à ce type de démarche. A titre d'exemple, au sein du centre hospitalier de Versailles, la formation à l'évaluation fait partie d'un module spécifique relatif à « *l'animation d'équipe et à l'évaluation*⁹³¹ ». Le CHRU de Lille a étendu ce type de formation aux médecins dont l'avis pourrait être sollicité dans le cadre d'une évaluation⁹³². En revanche, peu d'établissements proposent une formation aux agents ou salariés. Le CH d'Albi a cependant tenté l'expérience, en formant ses agents et en organisant des jeux de rôle mettant en scène évalués et évaluateurs, permettant ainsi d'instaurer une culture de l'évaluation.

⁹²⁶ O. THUILIER, M. VIAL, *L'évaluation au quotidien des cadres de santé à l'hôpital*. éd. LAMARRE, Groupe Liaisons, 2003. p.33.

⁹²⁷ O. THUILIER, M. VIAL, *op.cit.*

⁹²⁸ M. VIAL, O. THUILIER, *L'évaluation, pratique quotidienne des cadres de santé à l'hôpital : question pour leur formation*. Biennale de l'éducation, 2002, p. 3.

⁹²⁹ O. THUILIER, M. VIAL, *op.cit.*

⁹³⁰ M. VIAL, *Le cadre de santé peut-il être le coach de son équipe ?* Objectif soins n°149, octobre 2006, p. 4.

⁹³¹ ANAP, *Améliorer la gestion des ressources humaines, Evaluation professionnelle du personnel non médical – Recueil des pratiques observées*. p. 49. Dans ce document, l'ANAP fait un état des lieux des pratiques d'évaluation des compétences observées au sein de 6 établissements de santé (CH Albi, CH Côte de lumière, CH Intercommunal de Créteil, CHRU de Lille, CH Rambouillet, CH Versailles), et 2 entreprises étrangères au champ de la santé (Direction Générale de l'Energie La Poste, SNCF).

⁹³² ANAP, *op. cit.*

685. L'évaluation menée dans le cadre d'une GPEC doit donc dépasser la simple notation administrative. Celle-ci n'a de sens que lorsqu'une relation de confiance s'instaure entre le cadre évaluateur et le professionnel évalué. Avant tout, il doit s'agir d'un temps d'échange et de communication au service du projet institutionnel. L'évaluation doit être une « *discussion*⁹³³ » à vocation éducative, et non une procédure destinée à juger les professionnels de santé.
686. Si l'évaluation a pour objet d'évaluer le professionnel dans un climat favorable à la coopération et à la communication, il nécessite cependant le recours à un certain nombre d'outils tels que l'échelle d'évaluation et la grille de réalisation des objectifs. Ainsi, dans le cadre de sa démarche d'évaluation, le centre hospitalier intercommunal de Créteil a établi une « *échelle d'évaluation* »⁹³⁴ destinée à « *noter* » les missions principales, et comportant cinq niveaux évoluant de « *A* » à « *E* ». La nomenclature retenue permet de considérer qu'au niveau « *A* », l'agent « *dépasse ce qui lui est demandé* » et « *enrichit constamment sa fonction* ». Au niveau « *B* », de « *bons résultats* » « *une forte motivation* » et des « *progrès significatifs* » sont constatés. Le niveau « *C* » correspond à de « *Bons résultats dans l'ensemble* ». Au niveau « *D* », l'agent « *satisfait sans plus aux exigences de son poste sans progression manifeste* ». Enfin, au niveau « *E* », il « *ne satisfait pas aux exigences de sa mission* ». La « *grille d'évaluation des objectifs* »⁹³⁵ quant à elle, est composée de cinq critères permettant de mesurer les résultats obtenus au regard des objectifs fixés. L'annotation « *RE* » signifie que « *l'objectif a été réalisé* ». « *EC* » signifie que « *l'objectif est en cours de réalisation* ». La mention « *NR* » renvoie à un objectif qui n'est « *pas atteint* ». « *MO* » signifie que « *l'objectif initial a été modifié en cours de réalisation* ». Enfin la mention « *SO* » signifie que « *l'objectif a été abandonné* ».

B- L'évaluation du savoir-être au cours de l'entretien

687. Au cours de l'évaluation des compétences, une place prépondérante devra également être accordée à la notion plus subjective de « *savoir-être* ». En effet, la problématique du

⁹³³ M. VIAL, O. THUILIER, *L'évaluation, pratique quotidienne des cadres de santé à l'hôpital : question pour leur formation*. p. 3.

⁹³⁴ Direction des Ressources Humaines de l'Hôpital Intercommunal de Créteil, *Guide d'évaluation, Centre Intercommunal de Créteil*, sept. 2006, p. 6.

⁹³⁵ Direction des Ressources Humaines de l'Hôpital Intercommunal de Créteil, *op. cit.* p. 6.

savoir être, véritable « *concept de soin*⁹³⁶ » est aujourd'hui perçue comme une des qualités fondamentales du soignant et notamment de l'infirmier. L'évaluation des compétences menée dans le cadre de la GPEC, ne peut ignorer le savoir-être du professionnel, autrement dit, ses attitudes et comportement en situation de travail.

688. Rappelons que la relation soignant-soigné, rencontre d'une confiance et d'une conscience, est fondée sur le célèbre adage hippocratique, « *primum non nocere* », « *d'abord ne pas nuire* ». A ce titre, les recommandations de bonnes pratiques sur l'information, précisent notamment que celle-ci « *requiert du tact, du temps et de la disponibilité ainsi qu'un environnement adapté. Elle s'inscrit dans un climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes de la personne* »⁹³⁷. N'est-ce pas signifier que la délivrance de l'information nécessite de la délicatesse, et par là même de l'humanité, assortie d'une connaissance de la notion de dignité ? Au regard de son obligation de conscience et de son devoir d'humanité, le médecin se doit donc de prodiguer des soins, consciencieux et conformes aux données acquises de la science⁹³⁸, car « *science sans conscience n'est que ruine de l'âme* »⁹³⁹.

689. Dès lors, pour prodiguer des soins, l'infirmier devra combiner son savoir-faire avec ses connaissances techniques, scientifiques ou propres à l'histoire du patient et de sa famille. Il devra également faire jouer ses qualités d'écoute et de communication⁹⁴⁰. Ces attitudes et comportements « *tournés vers l'autre*⁹⁴¹ » sont essentiels à la profession de soignant. Le savoir du soignant suppose des qualités d'empathie, d'écoute et de sensibilité. Il requière également, des valeurs éthiques, un respect de la dignité de la personne, ainsi qu'une certaine bienveillance envers le patient et sa famille. La capacité d'écoute jouera notamment une place centrale dans le cadre de la consultation médicale, où une relation de confiance doit s'instaurer entre soignant et soigné. Dans cette perspective, le métier de médecin apparaît

⁹³⁶ P. SCHINDELHOLZ, « *Savoir-être* » : *décliner le concept*, Objectif soins n°174, p. 22-24.

⁹³⁷ HAS, Service des bonnes pratiques professionnelles, *Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé*, Mai 2012, p. 7.

⁹³⁸ Arrêt Mercier. Civ., 20 mai 1936, DP 1936, 1, p. 88.

⁹³⁹ RABELAIS, *Lettre de Gargantua à son filz Pantagruel*, Pantagruel, 1532. F. VIALLA, *La faute d'humanisme*, Revue générale de droit médical, n° spécial 2013, Dix ans d'application de la loi Kouchner, p. 65.

⁹⁴⁰ G. LE BOTERF, *De quel concept de compétence avons-nous besoin ? Dossier – Les compétences, de l'individuel au collectif*. Soins cadres n°41. Fév. 2002. p. 2.

⁹⁴¹ M. PHANEUF, *Quelques repères pour évaluer les attitudes et comportements professionnels en soin infirmier*. Infiressources, août 2010, p. 9.

comme étant « *un exercice scientifique vertueux*⁹⁴² », requérant des qualités de communication, permettant non seulement de cerner les demandes et priorités des patients, mais aussi de favoriser la prévention. C'est donc au cœur de ce colloque singulier, que le savoir-être du médecin doit s'exprimer. Le savoir-être visé ici est un « *savoir-être relationnel dans sa double dimension de relation à soi et de relation à l'autre*⁹⁴³ ».

690. « *Savoir-être présent auprès des patients*⁹⁴⁴ » impacte donc la qualité des soins, et nécessite de ce fait d'être évalué. Ainsi que l'affirme Monsieur le professeur Jacques QUINTIN⁹⁴⁵, « *cette qualité de présence n'a pas qu'un effet psychologique sur le patient. Elle influe directement la physiologie du patient*⁹⁴⁶ ». La qualité relationnelle entre le patient et professionnel est une illustration parfaite de l'importance du savoir-être en santé. En effet, « *un médicament peut procurer un effet supérieur lorsqu'une relation de confiance est établie avec le personnel soignant. La manière d'être, l'accompagnement, l'attitude. Tout est là* ».

691. La complémentarité entre le savoir-faire et le savoir-être, se superpose à celle du « *cure* » et du « *care* ». Ces deux notions d'origines anglo-saxonnes évoquent toute l'ambiguïté du verbe soigner, oscillant entre « *cure* », du latin *curare* signifiant la curation et « *care* », renvoyant au « *prendre soin* »⁹⁴⁷. En effet, le « *cure*⁹⁴⁸ » représente les « *soins de*

⁹⁴² C. MARTINEAU, *Le métier de médecin : « Pour un exercice scientifique vertueux »*, in *Le quotidien du médecin*. M. VANNOTTI, *Le métier de médecin. Entre utopie et désenchantement*. Ed. Médecine et hygiène. 250 p.

⁹⁴³ M. VANNOTTI, *op. cit.*

⁹⁴⁴ J. QUINTIN, *Santé : Savoir être présent auprès des patients*.

<http://www.usherbrooke.ca/medias/communiqués/communiqués-détails/c/21931/>.

⁹⁴⁵ Jacques QUINTIN est professeur de philosophie à la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke.

⁹⁴⁶ J. QUINTIN, *op. cit.* Propos tenus lors du 81^{ème} congrès de l'ACFAS – Association francophone pour le savoir.

⁹⁴⁷ P. GALLOIS, *Médecine au quotidien... Soigner et prendre soin : le malade autant que la maladie*. UNAFORMEC.

⁹⁴⁸ Le terme « *cure* », en Anglais « *to cure* », signifie « *curer* ». Il désigne les soins de traitement ou de réparation de la maladie. M.-F. COLLIÈRE, *Soigner le premier art de la vie*, Inter Editions, 1996. *Le concept de « care » : les soins liés aux fonctions de vie*, 04-02-2011, http://www.griepps.fr/2-10-ACTUALITES.php?id_actu=49.

*réparation liés au besoin de réparer ce qui fait obstacle à la vie*⁹⁴⁹ ». Le « *care*⁹⁵⁰ » désigne les « *soins coutumiers et habituels liés aux fonctions d'entretien, de continuité de vie*⁹⁵¹ ».

692. Cette ambivalence de la prise en charge est notamment illustrée par l'œuvre de Pablo PICASSO, intitulée « *la science et la charité* »⁹⁵². Cette composition, pour le moins touchante, met en scène une patiente reposant « *sur un lit de souffrance* », entourée de part et d'autre d'un médecin visiblement peu attentif, effigie de la science, et d'une religieuse incarnant l'humanisme et la charité.

693. En effet, à l'origine, la relation de soin repose sur une dimension mystique ou quasi mystique. Les soignants faisaient office de médecins, chamanes, prêtres, guérisseurs ou thaumaturges.⁹⁵³ Ainsi, « *les maladies étaient divinisées par les anciens qui considéraient leur traitement comme un culte* »⁹⁵⁴. Ambroise PARE dira même, « *je le pensais, Dieu le guarit* »⁹⁵⁵. Dès lors, la prise en charge repose sur la charité et corrélativement, l'accès aux soins renvoie à un droit naturel⁹⁵⁶. A travers le récit de la compassion d'un samaritain pour un voyageur laissé pour mort, « *la parabole du bon samaritain* » selon l'évangile de Luc, exprime cette charité et ce prendre soin : « *Il s'approcha, et banda ses plaies, en y versant de l'huile et du vin; puis il le mit sur sa propre monture, le conduisit à une hôtellerie, et prit soin de lui* »⁹⁵⁷.

694. Soulignons également toute l'ambiguïté du terme « *thérapeutique* », issu du grec « *thérapeutikos* » signifiant prendre soin, et qui pourtant aujourd'hui, désigne la partie de la médecine destinée à soigner et à guérir les maladies. En effet, traditionnellement, l'acte

⁹⁴⁹ M.-F. COLLIÈRE, *op. cit.*

⁹⁵⁰ Le terme « *care* », en Anglais « *to care* », signifie « *avoir soin de* ». Il désigne les soins liés aux fonctions de la vie et de la continuité de la vie. Il renvoie à une vision holiste de l'être humain. M.-F. COLLIÈRE, *op. cit. Le concept de « care » : les soins liés aux fonctions de vie*, 04-02-2011, http://www.grieps.fr/2-10-ACTUALITES.php?id_actu=49.

⁹⁵¹ M.-F. COLLIÈRE, *op. cit.*

⁹⁵² Voir également, v. Hugo, *Les paroles de mon oncle, La sœur de la charité*. La légende des siècles, 1859.

⁹⁵³ L. KORNPORST, *Responsabilité du médecin devant la loi et la jurisprudence française*. 1957.

⁹⁵⁴ L. KORNPORST, *op. cit.*, p. 28.

⁹⁵⁵ F. VIALLA, *Hier, aujourd'hui et demain : quel sens donner au service public hospitalier*, Journée du 15 mars 2013.

⁹⁵⁶ Voir DOMAT, *Les Loix civiles dans leur ordre naturel*, Le Droit Public, et *legum delectus*, nouvelle éd. Par HERICOURT et de BOUCHEVRET, &c. GANEAU, M.DCC.XLV, Titre XVIII Des Hôpitaux, p.501-519.

⁹⁵⁷ *Parabole du bon samaritain*, Evangile de Luc 10.25-37.

médical était considéré comme ayant une finalité thérapeutique. Pour autant, cette conception semble dorénavant trop restrictive, et fait dire à Monsieur Gérard MÉMETEAU, que « *l'acte médical est celui accompli par le médecin à titre professionnel sur le corps humain, a priori à des fins thérapeutiques, mais de plus en plus souvent à des fins tellement dégagées de cette cause qu'elles peuvent couvrir la mort du sujet* »⁹⁵⁸.

695. A ce titre, l'article 16 du Code civil est très évocateur. « *La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie* ». La « *dignitas* »⁹⁵⁹, au sens de la « *summa divisio* »⁹⁶⁰, si chère à CICERON, serait « *un geste éthique qu'accomplit l'humanité sur elle-même* »⁹⁶¹. Dès lors, « *il serait fort inquiétant que la personne (...) ne soit plus identifiée qu'à travers d'un Groupe Homogène de Patient (GHP) ou d'un Groupe homogène de Séjour (GHS)* »⁹⁶², car, « *on soigne un corps vivant, un corps vécu... et qui vit* »⁹⁶³.

696. Cette prise en considération de l'autre constitue l'un des rudiments des pratiques soignantes. Madame Jean WATSON définit le « *caring*⁹⁶⁴ » ou « *facteurs caratifs*⁹⁶⁵ », comme le fondement de la profession de soignant contribuant soit au développement de la santé, soit à une mort paisible.

⁹⁵⁸ G. MEMETEAU, *La codification de l'acte médical*, Revue générale de droit médical, n°23, 2007, p. 128. C. DEBOST, *L'appréhension juridique de la relation de soin au prisme des nouvelles technologies*. Jurisdoctoria n° 8, 2012, p. 117.

⁹⁵⁹ Selon CICERON, « *dignitas est alicujus honesta et cultu et honore et verecundia digna auctoritas* ». « *La dignité consiste en une influence honorable, qui mérite les hommages, les marques d'honneur et le respect* ». CICERON, *De inventione*, II, 166.

⁹⁶⁰ La « *summa divisio* » désigne la distinction entre les personnes et les choses.

⁹⁶¹ L. SEVE, in B. DORAY, *La dignité – Les debouts de l'utopie, La dispute*, 2006, p. 119. Selon E. DREYER, « *une définition de la dignité est relativement facile à donner. (...) la dignité correspond à l'essence de l'homme ; c'est ce qui permet de distinguer l'homme de l'animal et des choses en général. Reconnaître dans l'autre son frère et agir en conséquence avec respect à son égard, voilà de quoi il s'agit* ». E. DREYER, PH. PEDROT, dir., *La dignité opposée à la personne*, chron., 2008, p. 2730 ; Dict. de droit de la santé et de la biomédecine, Ellipses, 2006, p. 148. F. VIALLA, *La faute d'humanisme*, Revue générale de droit médical, numéro spécial 2013, Dix ans d'application de la loi Kouchner, p. 64.

⁹⁶² F. VIALLA, *La faute d'humanisme*, Revue générale de droit médical, n° spécial 2013, Dix ans d'application de la loi Kouchner, p. 63.

⁹⁶³ F. VIALLA, *op. cit.*

⁹⁶⁴ J. WATSON, *Le caring : philosophie et science des soins infirmiers*, traduction sous la direction de J. BONNET, Paris, Ed. Arslan, 1998, p. 21. W. HESKEEN, *Le caring est-il prendre soin ?* Revue *Perspective soignante*, Ed. Arslan, Paris 1999, n°4, p. 2-3.

⁹⁶⁵ Les « *facteurs caratifs* », sont des facteurs que l'infirmière utilise pour prodiguer des soins aux patients. Ces facteurs ont pour fondement une philosophie humaniste. Le terme « *caratif* » est un néologisme utilisé par opposition au terme curatif. J. WATSON, *op. cit.* W. HESKEEN, *op. cit.*

697. Le « *care* » est donc souvent perçu comme l'apanage du métier d'infirmier. Il s'agit d'un « *travail réel*⁹⁶⁶ », bien souvent « *invisible*⁹⁶⁷ » et délégué, car sous-estimé. Il se manifeste à l'occasion d'une toilette ou d'un repas, notamment lorsque le patient connaît une perte d'autonomie. Par ailleurs, il s'exprime lorsque le soignant propose un verre d'eau à un patient sans qu'il le demande, tout simplement parce qu'il a le sentiment qu'il en aura besoin⁹⁶⁸. Cette sollicitude ou attitude bienveillante envers le patient rejoint la notion de savoir-être du professionnel de santé.
698. Malgré l'interdépendance des deux notions, on constate aisément que la discipline infirmière relève d'avantage du « *care* », alors que la pratique médicale est plus encrée dans le « *cure* ». En effet, la médecine générale a tendance à prioriser les soins curatifs au détriment du prendre soin. « *Alors que les facteurs curatifs ont pour but de traiter la pathologie d'un patient, les facteurs caratifs visent une démarche soignante qui favorise soit le rétablissement (ou le maintien de la santé), soit une mort paisible*⁹⁶⁹ ». L'hyperspécialisation médicale, marquée notamment par l'émergence des TIC et le renforcement des équipes, fait que bien souvent les soins de réparation prédominent sur les soins d'entretien de la vie.
699. En effet, l'introduction des TIC, « *nouvel écran technique* »⁹⁷⁰ entre soignant et soigné, est à l'origine d'un colloque pluriel⁹⁷¹, laissant intervenir au chevet du patient une multitude de professionnels de santé, ainsi que des « *fabricants, vendeurs de matériels, développeurs de logiciels, fournisseurs d'accès à internet, ou opérateurs de télécommunications* »⁹⁷², qualifiés de tiers technologiques ou professionnels du système de santé⁹⁷³.

⁹⁶⁶ M. CATANAS, *Le care, une notion qui difficilement fait son chemin*.

<http://cadredesante.com/spip/profession/profession-cadre/article/le-care-une-notion-qui.html>. P. MOLINIER, *Le care : ambivalences et indécences*, Revue Sciences Humaines, n° 177, décembre 2006

⁹⁶⁷ M. CATANAS, *op. cit.* P. MOLINIER, *op. cit.*

⁹⁶⁸ M. CATANAS, *op. cit.* P. MOLINIER, *op. cit.*

⁹⁶⁹ J. WATSON, *op. cit.*, p. 21.

⁹⁷⁰ F. VIALLA, *L'introduction du fonds libéral en droit positif français*, Litec, coll. « Bibl. du droit de l'entreprise » 1999, n°39, préf. J.-J DAIGRE, p. 20.

⁹⁷¹ B. PITCHO, *Le statut juridique du patient*, Les Etudes Hospitalières, coll. « Thèses », n°15, 2004, préf. F. VIALLA.

⁹⁷² J.-M. COURBET, *Responsabilité médicale et télémedecine*, Urgences, 2011, pp. 253-264.

⁹⁷³ C. DEBOST, *L'appréhension juridique de la relation de soin au prisme des nouvelles technologies*. Jurisdoctoria n° 8, 2012. p. 122-123.

700. La médecine d'équipe⁹⁷⁴ a donc un rôle prépondérant à jouer au sein de la relation de soin. Dans une « ère de médecine d'équipement et de technique »⁹⁷⁵ le doyen SAVATIER souligne « le lien étroit qui unit l'équipement exigé par la production moderne, à l'équipe qui le met en œuvre »⁹⁷⁶. L'hôpital doit donc être « la synthèse de l'équipe et de l'équipement ». Il pourrait ainsi s'apparenter à « une sorte d'usine qui fonctionne autour d'un malade avec toute son équipe humaine comme avec tout son équipement »⁹⁷⁷.

701. Dès lors, « cure » et « care », savoir-faire et savoir-être, équipe médical et équipement, sont des notions complémentaires. Si le savoir-faire du professionnel l'emporte sur l'entretien de la vie, alors cela signifie que le soignant ne prodigue plus de soins au patient, mais uniquement des traitements. Ainsi que l'affirme Madame Marie-France COLLIÈRE, cette prédominance aggrave le « processus de dégénérescence », car « la vie se retire à chaque fois que l'on se préoccupe d'avantage de ce qui meurt que de ce qui vit »⁹⁷⁸.

702. Dès lors, même s'il est vrai que la compétence relationnelle du médecin n'est souvent ni évaluée, ni contrôlée, il convient d'intégrer cette donnée à la démarche GPEC. En effet, « L'éthique du care »⁹⁷⁹, tendant à valoriser les valeurs morales telles que le soin, l'attention portée à autrui ou la sollicitude, est devenue un véritable enjeu politique⁹⁸⁰. Dès lors, si la « société du care »⁹⁸¹ ou du « bien-être » visée par Madame Martine AUBRY fait débat, il

⁹⁷⁴ C. BOILEAU, *Le statut de l'équipe médicale en droit privé*, thèse de droit, Montpellier, Atelier national de reproduction des thèses, 2010.

⁹⁷⁵ F. VIALLA, *La faute d'humanisme*, Revue générale de droit médical, n° spécial 2013. Dix ans d'application de la loi Kouchner. p. 62. R. SAVATIER, *Les métamorphoses économiques et sociales du droit privé d'aujourd'hui*. Sociologie juridique des professions libérales, 2^{ème} série, Dalloz, 1959, chap. VII, p. 226. J. ROSA, *D'une médecine l'autre. De l'artisanat à la haute technologie*, Odile Jacob, 2003, p. 7.

⁹⁷⁶ R. SAVATIER, *Les aspects économiques du droit privé Français au milieu du XXème siècle*. Revue économique, 1953, vol. 4, n°1, p. 117.

⁹⁷⁷ R. SAVATIER, J.-M. AUBY, H. PEQUIGNOT, *Traité de droit médical*, 1956, p. 22.

⁹⁷⁸ M.- F. COLLIÈRE : *Promouvoir la vie*, Inter éditions, 1992 pages, 243- 248.

⁹⁷⁹ S. LAUGIER, *Le care : Enjeux politiques d'une éthique féministe*. Raison publique, n°6, avril 2007, pp. 29-47.

<http://www.raison-publique.fr/article203.html>. S. LAUGIER, *Le care : Ethique, genre et société*, <http://www.canal->

[u.tv/video/universite_bordeaux_segalen_dcam/le_care_ethique_genre_et_societe.5874](http://www.canal-u.tv/video/universite_bordeaux_segalen_dcam/le_care_ethique_genre_et_societe.5874). Conférence donnée à l'Université Victor Segalen Bordeaux 2 dans le cadre du cycle de conférences « L'invité du Mercredi » / Saison 2009-2010 sur le thème « Santé, médecines, sociétés ».

⁹⁸⁰ M. CATANAS, *op. cit.*

⁹⁸¹ S. LAURENT, *La « société du care » de Martine Aubry fait débat*. Le Monde.fr.

http://www.lemonde.fr/politique/article/2010/05/14/la-societe-du-care-de-martine-aubry-fait-debat_1351784_823448.html.

semble pourtant que le droit de la santé ne peut ignorer cette notion, notamment à l'occasion du processus d'évaluation des compétences des professionnels de santé.

703. Pour être opérationnelle, la GPEC doit être une démarche participative, laissant sa place à chacun des acteurs. Elle doit également être une démarche réflexive, à l'origine de questionnements et d'hypothèses d'action (§2).

§2- Une démarche réflexive

704. A travers ce paragraphe, nous démontrerons que la démarche GPEC est une pratique réflexive suscitant le questionnement, l'interaction et la réflexion. Bien plus qu'une bonne maîtrise des règles procédurales, elle nécessite d'interroger et de questionner l'établissement de demain. En effet, comment anticiper l'évolution de l'emploi et des compétences, sans se préoccuper des mutations organisationnelles et technologiques de l'établissement de santé ?
705. Dans un secteur confronté à la dématérialisation et à la centralisation des données de santé, à travers le dossier médical personnel (DMP), véritable « *carnet de santé informatique du patient* », il paraît judicieux d'anticiper le développement des compétences en Système d'information.
706. De même, ainsi que l'affirme Madame Roselyne BACHELOT, la « *télésanté n'est pas un sujet comme un autre, mais LE sujet qui, dans les années à venir, va transformer les pratiques médicales, voire la manière même dont nous concevons la santé*⁹⁸² ». Dès lors, il paraît plus que nécessaire d'anticiper le développement des métiers et des compétences via l'identification des nouveaux métiers de l'e-santé et notamment de la télémédecine.
707. Dans le champ sanitaire, une GPEC de qualité doit être une GPEC audacieuse, questionnant l'établissement de demain (I), et aboutissant à des hypothèses d'action, notamment en termes d'anticipation des nouvelles technologies (II).

⁹⁸² Intervention de Madame la ministre Roselyne Bachelot lors du colloque sur le système d'information de santé, jeudi 6 novembre 2008.

I- Une démarche questionnant l'hôpital de demain

- 708.** Quelle que soit la méthode utilisée, l'établissement désireux de mettre en œuvre une stratégie GPEC, devra s'interroger sur l'hôpital de demain et sur la nécessité de repenser cette organisation. Pour autant, est-il véritablement possible d'esquisser le modèle type de l'établissement de demain ? Les réponses apportées seront-elles suffisamment fiables pour susciter la mise en œuvre d'une stratégie prévisionnelle ?
- 709.** Préjuger de l'hôpital de demain, émettre des hypothèses ou présumer de l'évolution économique, démographique, épidémiologique ou technologique, n'est pas un exercice facile et ne saurait dissiper les doutes et les incertitudes quant à l'avenir de l'hôpital. Dès lors, face à de telles contingences, comment mener une démarche GPEC dans le champ sanitaire ?
- 710.** S'interroger quant à l'évolution prévisionnelle des emplois et des compétences impose une vision à plus ou moins long terme de l'évolution environnemental de l'établissement de santé. Dresser le dessin de l'hôpital de demain est donc un exercice complexe ne permettant pas d'établir de données générales quant à l'avenir de cette organisation. Ainsi que le rappelle Monsieur Louis OMNES⁹⁸³, pour imaginer l'avenir d'un établissement, il faut tenir compte de ses spécificités. L'évolution des établissements diffère donc selon leur particularités historiques, leur taille, leur technicité, leur environnement urbain ou rural, leur caractère universitaire ou non.
- 711.** Par ailleurs, l'Hôpital évolue parfois de manière paradoxale. Il doit faire face à la progression extrêmement rapide des technologies et des systèmes d'information, et à l'évolution beaucoup plus lente et laborieuse des mentalités et des comportements des usagers ou des professionnels de santé. En effet, l'hôpital d'aujourd'hui est composé de plus d'une centaine de métiers très encrés par le corporatisme et le conservatisme ce qui peut conduire au cloisonnement des professionnels.
- 712.** Intéressons-nous également à l'évolution des mentalités des usagers consommateurs, participant au phénomène de société nommé « *consommérisme* ». « *Je dépense donc je*

⁹⁸³ L. OMNES, *L'hôpital de demain*. Texte de la 522e conférence de l'Université de tous les savoirs donnée le 19 janvier 2004.
http://www.canal-u.tv/video/universite_de_tous_les_savoirs/l_hopital_de_demain.1380. Economiste, Louis OMNES est Directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire Est.

*suis*⁹⁸⁴ ». Cet adage sarcastique cité par Monsieur Guillaume ROUSSET pourrait résumer l'ambiguïté entourant le concept de consumérisme. Ce terme d'origine anglo-saxonne peut parfois être synonyme de « *progrès et de protection ou au contraire de matérialisme et de dérive*⁹⁸⁵ ». Il est défini par Monsieur Daniel MAINGUY comme étant « *le mouvement qui a vocation à régir les situations normalement situées hors du champ d'application de la consommation et de sa réglementation*⁹⁸⁶ ».

713. A ce titre, soulignons, que la relation binaire, soignant-soigné, qualifiée de « *rencontre singulière* »⁹⁸⁷ par Paul RICOEUR a profondément évolué. « *Le médecin attend de son patient qu'il lui obéisse tel un serf à son seigneur* ». C'est ainsi que Guy DE CHAULIAC dépeint le « *colloque singulier* »⁹⁸⁸ entre médecin et patient au XIV^{ème} siècle. Pour autant, ce patient « *inerte* » et « *passif* » considéré par Louis PORTES « *comme une enfant à apprivoiser (...) à consoler (...) à sauver (...) ou simplement à guérir* »⁹⁸⁹ n'est plus.

714. La relation entre le système de santé et l'utilisateur, soignant-soigné, a profondément évolué. Le patient docile et soumis au paternalisme médical, a laissé place à un véritable acteur de santé participant au dispositif de démocratie sanitaire. Si ces évolutions sont acquises, il convient de s'interroger sur la nature de cette nouvelle relation⁹⁹⁰. En effet, la mutation de l'utilisateur en consommateur transformerait la relation de soins en une simple relation de consommation, banalisant son objet, à savoir, le corps humain⁹⁹¹. Dès lors, transformer le patient en consommateur et appliquer le droit de la consommation est

⁹⁸⁴ G. ROUSSET, *L'influence du droit de la consommation sur le droit de la santé*, Thèse présentée et soutenue publiquement le 25 octobre 2007. p. 1.

⁹⁸⁵ G. ROUSSET, *op. cit.* p. 1.

⁹⁸⁶ G. ROUSSET, *op. cit.* p. 5.

⁹⁸⁷ P. RICOEUR, P. KEMP. Dir., *Les trois niveaux de jugement médical, Le discours bioéthique*, Cerf, 2004, p. 35-49.

⁹⁸⁸ Selon Georges DUHAMEL « *le colloque du médecin et du malade est essentiellement un colloque singulier, un duo entre l'être souffrant et celui dont il attend délivrance. Entre ces deux personnages existe presque toujours un secret* ». In paroles de médecin, 1946. F. VIALLA, *Les évolutions du secours à personnes : enjeux et responsabilités. La responsabilité juridique des acteurs de la santé*. 16 mai 2012.

⁹⁸⁹ L. PORTES, *A la recherche d'une éthique médicale*, Paris p. 163. Selon l'auteur, « *face au patient, inerte et passif, le médecin n'a en aucune façon le sentiment d'avoir à faire (affaire) à un être libre, à un égal, à un pair qu'il puisse instruire véritablement. Tout patient est, et doit être pour lui, comme un enfant à apprivoiser, non certes à tromper – un enfant à consoler, non pas à abuser – en enfant à sauver, ou simplement à guérir, à travers l'inconnue des péripéties* ». F. VIALLA, *Evolutions récentes des questions information et consentement du patient*.

⁹⁹⁰ G. ROUSSET, *Le patient et le système de santé au prisme du consumérisme : résistance ou participation ?* <http://s2.e-monsite.com/2010/01/11/11/1-Rousset.pdf>.

⁹⁹¹ G. ROUSSET, *op. cit.* p. 9.

aujourd'hui difficilement envisageable et nuirait à la singularité de la relation de santé. A titre d'exemple, le droit de rétractation du patient sans condition de délai, s'accommoderait très mal du droit de la consommation. Il en va de même concernant la clause de conscience autorisant le professionnel de santé à ne pas pratiquer un acte médical, incompatible avec le droit de la consommation interdisant une quelconque prise en considération d'opinions subjectives pour refuser une vente ou une prestation de service⁹⁹².

715. Si l'avenir laisse très certainement présager une participation de plus en plus active des usagers au sein du système de santé, une grande incertitude demeure quant à l'évolution du phénomène de consumérisme.

716. En effet, ainsi que le précise le rapport *« Penser solidairement la fin de vie »*, « peu à peu, la médecine moderne, aux connaissances de plus en plus développées, a fini par considérer la maladie plutôt que le malade. Le médecin tend à devenir un « technicien de l'organe malade », et le malade un « usager de la médecine », voire un simple consommateur »⁹⁹³. Ce rapport réalisé par la commission SICARD tend donc à promouvoir « une réappropriation d'un certain humanisme médical autour d'une vie qui prend fin »⁹⁹⁴. La pratique consistant à décider d'arrêter une vie « ne doit tendre qu'à inscrire fermement les fins de vie (...) au sein de la vie elle-même et à ne pas exclure d'un monde humanisé les derniers instants d'une existence donnée »⁹⁹⁵.

717. En tout état de cause, il semble donc difficile de trancher. « Le patient et le système de santé se trouvent en quelque sorte au milieu du gué, hésitant entre le particularisme de la santé et l'attraction naturelle du mouvement consumériste⁹⁹⁶ »

718. Mener une démarche GPEC dans le champ sanitaire impose également de tenir compte des évolutions démographiques à venir. Au regard de l'augmentation de l'espérance de vie, il est certain que les établissements de santé vont être confrontés à une augmentation des

⁹⁹² G. ROUSSET, *op. cit.* p. 9.

⁹⁹³ *Penser solidairement la fin de vie. Commission de réflexion sur la fin de vie en France. Partie II. La médecine désarmée*, p. 28. 18 décembre 2012.

⁹⁹⁴ F. VIALLA, *Bientôt une nouvelle loi relative à la fin de vie*. Recueil Dalloz 2013. p. 259.

⁹⁹⁵ Avis n°63 du CCNE, Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie, 27 janvier 2000. F. VIALLA, *Les grands Avis du Comité Consultatif National d'Ethique*. LGDJ juin 2013 F. VIALLA, *Rev. Dr. et santé* 2006, n°11, p. 228.

⁹⁹⁶ G. ROUSSET, *op. cit.* p. 15.

maladies liées au vieillissement et notamment aux maladies chroniques telles que le cancer. Ainsi, l'évolution des progrès techniques en termes de cancérologie risque d'interférer avec d'autres pathologies ou altérations fonctionnelles liées à l'âge telles qu'Alzheimer.

719. En outre, les évolutions sociétales telles que le développement des voyages, risque de favoriser le développement de maladies infectieuses de type SRAS ou légionellose.

720. Le directeur d'aujourd'hui doit également anticiper l'émergence de « *l'hôpital high-tech*⁹⁹⁷ » ou de l'hôpital numérique. La stratégie numérique 2012-2016 en est une parfaite illustration. Ce programme a pour objet de « *coordonner l'ensemble des acteurs autour d'une feuille de route commune pour les systèmes d'information hospitaliers (SIH)*⁹⁹⁸ ». Un tel dispositif vise à permettre une amélioration significative de la qualité et de la sécurité des soins dans des domaines fonctionnels prioritaires⁹⁹⁹. Le programme appelle également au soutien des projets innovants, notamment dans le cadre de l'e-santé. L'un des axes stratégiques fondamental du plan hôpital numérique est le renforcement des compétences liées au système d'information hospitalier. La perspective de l'hôpital numérique impose donc une identification prévisionnelle des socles de compétences et des savoir-faire clés sur les aspects système d'information.

721. Dans les années à venir, le directeur d'établissement devra impérativement composer avec cet hôpital high-tech dit « *hôpital réparateur* », « *qui veut que puisque tout problème humain a une solution technique, il est naturel pour chacun de trouver cette solution à l'hôpital le plus proche*¹⁰⁰⁰ ». L'établissement de santé high-tech est ainsi de plus en plus spécialisé et labellisé dans la prise en charge de telle ou telle pathologie. Il conviendra

⁹⁹⁷ L. OMNES, *op. cit.*

⁹⁹⁸ DGOS, *Hôpital numérique - Le programme Hôpital numérique : des systèmes d'information hospitaliers au service des professionnels de santé*. Brochure du programme Hôpital numérique. <http://www.sante.gouv.fr/le-programme-hopital-numerique.html>.

Le plan "Hôpital numérique" esquisse l'hôpital de demain.

<http://www.hopital.fr/Hopitaux/Actualites/Actualites-medicales/Le-plan-Hopital-numerique-esquisse-l-hopital-de-demain>. 8 août 2011.

⁹⁹⁹ Résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomopathologie, dossier du patient informatisé et interopérable, prescription électronique alimentant le plan de soins, programmation des ressources et agenda du patient, pilotage médico-économique.

¹⁰⁰⁰ L. OMNES, *op. cit.*

également de conserver une vision globale et systémique de l'établissement de santé, regroupant les compétences au sein de plateaux techniques partagés et de pôles d'activité¹⁰⁰¹.

722. Enfin, la démarche GPEC du champ sanitaire devra prioriser la télémédecine, mettant en scène de cyber-médecin, cyber-étudiant et cyber-patient¹⁰⁰².

723. Aujourd'hui, nous ne pouvons que constater le développement des TIC Santé, ou plus communément de la télésanté. Issu du grec « *têle* » qui signifie « *à distance* », « *loin de* », la télésanté désigne un « *concept de santé à distance* »¹⁰⁰³ devant être distingué de la télémédecine. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) définit cette dernière comme un « *sous ensemble spécifique de la télésanté* ». Il s'agit d'une « *forme de coopération dans l'exercice médical mettant en rapport à distance grâce aux technologies de l'information et de la communication, un patient (et/ou ses données médicales nécessaires) et un ou plusieurs médecins et professionnels de santé, à des fins médicales de diagnostic, de décision, de prise en charge et de traitement, dans le respect des règles de la déontologie médicale* »¹⁰⁰⁴.

724. Le livre blanc « *Télémédecine 2020 – modèles économiques pour le suivi des maladies chroniques* »¹⁰⁰⁵, démontre à quel point la télémédecine est devenue une préoccupation centrale que ne pourra ignorer la démarche GPEC. En effet, à partir de six cas d'espèces internationaux, ce livre blanc propose cinq scénarii transposables en France, permettant de développer la télémédecine dans la prise en charge des maladies chroniques. La télémédecine représente donc un formidable exemple de ce que pourra être l'hôpital de demain. Elle permet

¹⁰⁰¹ L. OMNES, *op. cit.*

¹⁰⁰² L. OMNES, *op. cit.*

¹⁰⁰³ C. DEBOST, *L'appréhension juridique de la relation de soin au prisme des nouvelles technologies*. Jurisdoctoria n° 8, 2012. p. 103. C. DEBOST, *La télémédecine - Volet 1 : Présentation générale : définition et cadre normatif applicable*. Revue droit & santé n° 42. p. 466 à 470. C. DEBOST, *La télémédecine - Volet 2 : Téléconsultation et téléexpertise encadrées par le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010*. Revue droit & santé n° 43. p. 581 à 583. C. DEBOST, *La télémédecine - Volet n° 3 : Télésurveillance médicale et téléassistance médicale à l'aune du décret du 19 octobre 2010*. Revue droit & santé n° 44. p. 715 à 718. C. DEBOST, *La télémédecine*. Revue droit & santé n° 45. p. 161 à 164. R. BOURRET, C. DEBOST, E. MARTINEZ, F. VIALLA, *La télémédecine, lecture contingente d'un cadre juridique invariant*. Revue droit & santé n° 58.

¹⁰⁰⁴ Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Livre blanc de la Télémédecine*, janvier 2009. C. DEBOST, *L'appréhension juridique de la relation de soin au prisme des nouvelles technologies*. Jurisdoctoria n° 8, 2012. p. 103-104.

¹⁰⁰⁵ Le 23 avril 2013, Syntec Numérique et le Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales (SNITEM) publiaient un livre blanc relatif à la télémédecine.

non seulement de déployer la télésurveillance au domicile de patients atteints de maladies chroniques, mais aussi de développer la télémedecine pour certaines spécialités ou dans certains territoires peu peuplés.

725. L'introduction des TIC en santé est venue remettre en cause la conception traditionnelle de la relation de soin, mettant en scène un « *profane* » ayant « *foi* » de manière quasi mystique et religieuse, en un « *initié* ». De plus en plus, la médecine devient une opération réalisée à distance, la plupart du temps derrière un écran d'ordinateur. En effet, « *quand un médecin entre dans la chambre d'un malade et que celui-ci pose des questions, il existe un cadre pour y répondre. Mais quand il est seul devant ses e-mails, le cadre n'existe plus. Il faut inventer de nouvelles balises et de nouveaux protocoles pour ces nouveaux espaces de communication et de rencontre* »¹⁰⁰⁶.

726. Les TIC en santé et notamment la télémedecine jouent donc un rôle fondamental et participent de la modernisation du système de santé. Elles constituent l'outil de prédilection permettant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, en favorisant une meilleure prise en charge des personnes âgées, souffrant de maladies chroniques ou localisées au sein de déserts médicaux. Cette prise en charge à domicile, hors des murs de l'hôpital, via notamment l'HAD, va offrir au patient la possibilité d'être acteur de sa propre santé, et favorise ainsi l'éducation thérapeutique du patient.

727. Si la GPEC doit susciter des interrogations quant à l'avenir de l'établissement de santé, elle doit également nous conduire à envisager des hypothèses d'action, et notamment celle d'une démarche participant du développement des nouvelles technologies (II).

II- Hypothèse d'une démarche GPEC anticipant le développement des nouvelles technologies

728. Dans le cadre de cette démarche réflexive, nous avons fait le choix d'envisager la mise en œuvre d'une GPEC sous un angle dynamique d'anticipation des nouvelles technologies. En effet, face au phénomène de dématérialisation des données de santé, l'ANAP s'est engagée

¹⁰⁰⁶ CNOM, *L'information du patient, son importance, ses conséquences, droits et devoirs de chacun*. Rapporteur : Dr. Bernard DECANTER. 8 septembre 2012. p. 10. S TISSERON, *L'intimité surexposée*, paru chez Ramsay. 2001.

dans un travail de construction d'un référentiel de compétence « SI » destiné aux établissements de santé, soucieux de cette problématique.

729. De même, la télémédecine est une nouvelle technologie permettant de « *mieux soigner au domicile avec la télésanté*¹⁰⁰⁷ ». Télésanté¹⁰⁰⁸ et HAD sont aujourd'hui perçus comme les composantes de la médecine du XXIème siècle, dessinant l'hôpital de demain. Dès lors, il paraît intéressant d'envisager « *les relations fructueuses entre HAD et Télémédecine*¹⁰⁰⁹ » au cours d'une démarche GPEC.

730. Au regard de ces éléments, nous avons imaginé deux hypothèses de mise en œuvre d'une démarche GPEC. L'une participant du développement des systèmes d'information (A). L'autre, anticipant le développement de la télémédecine (B), notamment au sein d'un service d'HAD.

A- Hypothèse d'une GPEC anticipant le développement des systèmes d'information

731. Initier une démarche GPEC dans le champ sanitaire, impose aujourd'hui d'envisager le renforcement des compétences relatives aux systèmes d'information. En la matière, comment ajuster les compétences disponibles aujourd'hui, aux compétences nécessaires demain ? Formation continue, formation diplômante, « *blendedlearning*¹⁰¹⁰ », « *formation*

¹⁰⁰⁷ Compte rendu Hôpital Expo-HIT 2010 : « *Mieux soigner au domicile avec la télésanté* ». 23^e édition d'Hôpital Expo-HIT, Paris du 18 au 21 mai 2010. Au cours de cette exposition, les intervenants ont mis en lumière les bienfaits de la relation HAD-télémédecine, permettant la mise en œuvre d'un système de santé plus accessible. Fédération Hospitalière de France, *La télésanté est la médecine du XXIe siècle, l'hospitalisation à domicile est l'avenir de la santé...* <http://federation.fhf.fr/en/Revues/Techniques-hospitalieres/Actualites/La-telesante-est-la-medecine-du-XXIe-siecle-l-hospitalisation-a-domicile-est-l-avenir-de-la-sante>. Dossier de presse Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile (FNEHAD), *Télésanté et HAD : La médecine du XXIème siècle*. 3 juin 2010.

¹⁰⁰⁸ La télésanté est définie par l'OMS comme « *le management et le support à la santé au niveau national et international, par des communications interactives sonores, visuelles et de données. Ceci inclut les prestations de soins de santé de base, les consultations, l'accès aux centres et aux dépôts des connaissances, la gestion des établissements de santé, la formation de base, la formation continue, la recherche, la surveillance des maladies et la gestion des urgences* ». <http://www.who.int>. HAS, *Note de cadrage « Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation »*. Service évaluation économique et santé publique, Juin 2011. www.has-sante.fr.

¹⁰⁰⁹ esante.gouv.fr, *HAD : encourager le développement de la télémédecine*. 21-06-2010. <http://esante.gouv.fr/actus/telemedecine/had-encourager-le-developpement-de-la-telemedecine>.

¹⁰¹⁰ Mode d'apprentissage mixte mêlant « *e-learning* » et formation « *présentielle* ».

action¹⁰¹¹ » et tutorat représentent autant de pistes possibles permettant d'envisager le développement des compétences professionnelles au cours d'une démarche GPEC.

732. Afin d'aider les établissements dans ce domaine, l'ANAP s'est engagée dans un chantier de construction d'un référentiel national des compétences en système d'information. Plus précisément, elle ambitionne de produire un référentiel compétence « SI », assorti d'un outil permettant d'évaluer les écarts entre les compétences disponibles et les compétences manquantes. Un fois ces travaux réalisés, l'ANAP pourra proposer aux établissements des dispositifs et des modalités de développement des compétences en système d'information. Le référentiel des compétences ainsi produit, devra nécessairement compléter le répertoire national des métiers, ainsi que le répertoire des compétences de l'établissement.

733. En effet, dans un contexte de forte évolution des métiers de la DSIO¹⁰¹², les établissements ont tout intérêt à développer et adapter les compétences de tous les acteurs du système d'information, qu'il s'agisse du chef d'établissement, des utilisateurs, des chefs de projet métier, ou du directeur de systèmes d'information et d'organisation des centres hospitaliers.

734. Par ailleurs, le répertoire proposé par l'ANAP va permettre d'identifier les rôles « SI » d'une infirmière ou d'un cadre de santé¹⁰¹³. On ne peut ignorer que ces professionnels exerçant habituellement des compétences standards, peuvent être amenés à jouer un rôle particulier en matière de système d'information, à l'occasion d'une activité particulière. Ces activités et compétences qui ne figurent pas dans la fiche métier d'une infirmière, parce que non liées au métier de base, pourraient ainsi figurer dans le répertoire de compétences « SI ».

¹⁰¹¹ Le « *formation-action* » est un processus de formation par lequel l'individu étudie ses propres actions et expériences. Selon LE BOTERF, la « *formation-action* » est « *une modalité de formation permettant de s'approcher le plus possible de la construction des compétences. Par sa finalisation sur le traitement de problèmes ou de projets réels, elle constitue une remarquable opportunité pour entraîner à la combinaison et à la mobilisation de ressources pertinentes (savoirs, savoir-faire, ...), pour créer et mettre en œuvre des compétences.* » G. LE BOTERF - L'ingénierie des compétences, éd. d'Organisation 1998, p.144.

¹⁰¹² Directeur de systèmes d'information et d'organisation des centres hospitaliers (DSIO).

¹⁰¹³ Ces propos ont été tenus par Mme Sylvie GRASTILLEUR, chef de projet à l'ANAP, lors du colloque *FORMATIC PARIS 2013 : Quelles compétences en système d'information pour les professionnels de santé ?* 12 fév. 2013.

735. Une démarche GPEC axée vers le développement des compétences « SI » va donc permettre à l'établissement de s'interroger sur une problématique très répandue au sein des structures hospitalières : Comment considérer et valoriser la formation « *sur le tas* », autrement qualifiée de « *formation action* ». Il s'agit notamment de la situation dans laquelle un professionnel apprend à utiliser une application informatique sans véritable formation, parce qu'un autre professionnel du service lui a montré le fonctionnement de l'application. Ce type d'apprentissage dit « *sur le tas* », conduit très souvent à une déperdition de savoir et de connaissance. Il est donc très important de prendre en considération certaines de ces expertises, méritant pour autant d'être valorisées par un diplôme ou par une VAE. Une démarche GPEC menée en ce sens pourrait ainsi participer de la formalisation de ces apprentissages¹⁰¹⁴.

736. En définitive, orienter la démarche GPEC vers le développement des compétences « SI », conduit à s'interroger sur l'hôpital de demain et sur l'« *industrialisation*¹⁰¹⁵ » de la médecine. Ainsi qu'il a été précisé lors du colloque « *FORMATIC PARIS 2013 : Quelles compétences en système d'information pour les professionnels de santé ?* », « *les compétences que l'on décrit aujourd'hui sont les incompétences de demain* ». Dès lors, il convient d'identifier dès aujourd'hui, les compétences en système d'information qui font cruellement défaut au sein des hôpitaux français. A titre d'exemple, il est très certainement opportun de s'intéresser à la mise en œuvre de systèmes d'information décisionnels à l'hôpital, qualifiés de « *business intelligence*¹⁰¹⁶ ». La gestion de la relation-client, indispensable à la bonne image de l'établissement mériterait également d'être développée au sein des structures

¹⁰¹⁴ S. GRASTILLEUR, *FORMATIC PARIS 2013 : Quelles compétences en système d'information pour les professionnels de santé ?*

¹⁰¹⁵ C. LE PEN, *Les habits neufs d'Hippocrate : du médecin artisan au médecin ingénieur*. 1999, Ed. Calmann-Lévy Dans cet ouvrage, Claude Le Pen décrit l'industrialisation de la médecine. Ses propos sont confirmés par ceux du Professeur G. VALLENCIEN pour qui « *une autre médecine se dessine, moins artisanale, plus industrialisée. Le médecin de demain ne sera pas moins performant. Bien au contraire. Il va travailler en équipe dans des maisons de santé et s'il y a une réelle réforme de la hiérarchie et de la tarification des actes, il n'aura plus à s'user à les multiplier pour s'assurer des revenus corrects. Il pourra déléguer les gestes techniques à des assistants médicaux. Il n'est pas besoin de dix années d'études pour vacciner, effectuer un électrocardiogramme ou un scanner. De fait, il pourra reprendre du temps pour se consacrer à l'écoute du patient, au diagnostic et prodiguer un avis d'expert.* » M. BETTI-CUSSO, *Médecin : le malaise persiste*. Le figaro.fr. 17-09-2011. <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2011/09/17/16307-medecins-malaise-persiste>.

¹⁰¹⁶ A. WESTERMANN, R. TERRIER, Marc CHOUKROUN, *RT Consulting, l'informatique décisionnelle au service de l'hôpital*. Technologies et innovations hospitalières, déc. 2009, p. 14.

hospitalières. Il en va de même de la compétence « *workflow*¹⁰¹⁷ », littéralement « *flux de travail* », ou de la notion de réseau social, totalement étrangères à la culture hospitalière¹⁰¹⁸.

737. Au regard de ces éléments, on constate aisément qu'avec l'évolution des technologies et de l'hôpital, le référentiel de compétences « *SI* » sera appelé à évoluer. Il en est d'ailleurs déjà ainsi concernant le lieu de prise en charge des soins qui évolue de plus en plus vers le domicile du patient.

B- Hypothèse d'une GPEC anticipant le développement de la télémédecine

738. Le champ sanitaire est confronté au vieillissement de la population, au développement des maladies chroniques, ainsi qu'à l'augmentation des dépenses de santé. Ces modifications induisent une mutation du système de santé, évoluant de l'hospitalo-centrisme vers les soins à domicile¹⁰¹⁹. Le lieu de prise en charge évolue donc de plus en plus vers le domicile du patient. A titre d'exemple, Monsieur Nicolas GIRAUDEAU, dentiste au CHU de Montpellier, propose des consultations de télédentisterie. Son projet e-DENT¹⁰²⁰ a pour objet de favoriser la prise en charge dans les maisons de retraite ou prisons, de personnes ne pouvant être suivies régulièrement et risquant de ce fait, de développer des complications. Le personnel soignant enregistre l'état dentaire des patients et transmet les images au CHU, qui peut ainsi envisager une éventuelle prise en charge à l'hôpital.

739. Dans un tel contexte, il est particulièrement opportun de s'intéresser à la mise en œuvre d'une démarche GPEC au sein d'un service d' HAD. Pour illustrer ce point de vue, nous nous sommes intéressés à la démarche GPEC menée par l'association « *Santé Service* », qui est une association à but non lucrative participant au service public hospitalier, spécialisée dans l'HAD. Elle est composée d'équipes pluridisciplinaires intervenant au domicile du patient pour assurer les soins médicaux et paramédicaux prescrits par un médecin hospitalier ou libéral. Ainsi, elle coordonne un certain nombre de praticiens et de soignants : médecins

¹⁰¹⁷ Le workflow est un flux d'information au sein d'une organisation.

¹⁰¹⁸ S. GRASTILLEUR, *op. cit.*

¹⁰¹⁹ R. HEBERT, *La transition démographique. De l'hospitalo-centrisme vers les soins à domicile, une transition nécessaire du système de santé*. Santé, Société et Solidarité. 2006, Vol. 5, n°1. pp. 17-19.

¹⁰²⁰ Salon ingénierie de la santé. Montpellier le 5 et 6 décembre 2013. Intervention de N. GIRAUDEAU. *Quelles nouvelles pratiques de santé avec les TICs ? Télémédecine bucco-dentaire : projet e-DENT*. C. ARBOUET, Montpellier. *La médecine du futur, c'est maintenant*. La gazette de Montpellier, 15 mai 2014.

coordonnateurs, médecins traitants, psychologues, assistantes sociales, diététiciennes, kinésithérapeutes ou sages-femmes. Afin de réaliser sa mission d'accompagnement et de soins à domicile, l'association s'appuie sur du personnel « *compétent, qualifié, formé en permanence, ainsi que sur des fournitures et équipements adaptés*¹⁰²¹ ». Au regard de ses valeurs et de sa politique sociale, cette association a bien compris la nécessité de mettre en œuvre une démarche GPEC, impulsée par le projet d'établissement, et dans une perspective d'accréditation¹⁰²². Dans le cadre de cette démarche, un référentiel métiers-compétences a été construit pour tous les métiers exercés dans l'établissement. En outre, l'ensemble du personnel a été informé de la mise en œuvre d'entretiens d'évaluation, considérés comme étant un « *outil de progression individuel et collectif* ». Précisons également qu'un certain nombre de cadres ont reçu une formation spécifique sur la manière de mener l'entretien annuel d'évaluation. Selon les propos de Jean-Yves KIRIONS, DRH de l'établissement, cette démarche « *nous permet déjà de mieux recenser nos besoins et souhaits individuels de formation, d'avoir une meilleure approche de notre portefeuille compétences et enfin d'élargir le public concerné par notre plan de formation*¹⁰²³ ».

740. Au regard de ces éléments, la démarche menée par l'association « *service santé* » participe indéniablement de la qualité des soins. Pour autant, à l'avenir, la logique métiers-compétences de cette association devra évoluer et ne pas se limiter à une simple analyse de l'existant. Une telle démarche devra permettre d'anticiper les évolutions quantitatives et qualitatives des métiers. Elle devra également anticiper l'évolution des nouvelles technologies et l'apparition des nouveaux métiers. Si la construction de référentiels compétences, ou la mise en œuvre d'entretiens annuels d'évaluation constituent les premiers maillons d'une logique métier-compétences, la démarche GPEC ne doit pas rester figée. Elle doit évoluer, et pourquoi-pas innover, en se tournant vers l'avenir technologique et notamment vers la télémédecine, tout particulièrement dans notre secteur d'activité, fortement marqué par l'industrialisation de la médecine. Une telle hypothèse permet de mêler les notions de GPEC,

¹⁰²¹ Santé Service. *Qui sommes-nous ?*

<http://www.santeservice.asso.fr/pageLibre00010013.html>.

¹⁰²² C2R Santé, *Santé Service (HAD) : une gestion active des compétences*.

<http://www.c2rsante.fr/article.php?contents=mag&idmag=3>.

¹⁰²³ C2R Santé, *Santé Service (HAD) : une gestion active des compétences*, op. cit.

d'HAD et d'e-santé. Elle permet notamment de s'intéresser au couple que pourrait former HAD et télémédecine¹⁰²⁴ au cours d'une démarche GPEC.

741. En effet, de manière plus générale, la télésurveillance au domicile des patients âgés, handicapés, souffrant de maladies chroniques, ou des femmes enceintes est devenue une réalité que doit anticiper aujourd'hui l'établissement de santé, et notamment un service d'HAD¹⁰²⁵. La mise en œuvre de la télémédecine va permettre d'améliorer la qualité de prise en charge du patient grâce à l'amélioration du niveau d'information des professionnels de santé. L'information du professionnel pourra avoir lieu avant la visite au domicile, via la télésurveillance, ou au cours de la visite, via la téléconsultation et la télé expertise¹⁰²⁶. De même, le télé-monitoring représente une avancée technologique que ne pourra ignorer un service d'HAD. Le dispositif du monitoring à distance va permettre d'éviter les déplacements et l'hospitalisation d'une patiente présentant des risques de mort fœtal in utero¹⁰²⁷. L'HAD de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris¹⁰²⁸ (AP-HP) pratique d'ailleurs la télésurveillance en obstétrique depuis plusieurs années. Elle met en relation une parturiente, une sage-femme prenant les constantes à distance, ainsi qu'un obstétricien ou une autre sage-femme exerçant à la maternité. Ce dispositif répondant à des enjeux d'efficience, de maîtrise des coûts et de qualité, pourrait figurer parmi les axes prioritaires d'une démarche GPEC en HAD.

¹⁰²⁴ La télémédecine fait partie du concept plus large de télésanté. Depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, l'article L.6316-1 du Code de santé publique définit la télémédecine comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.* »

« Elle permet, d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients ». Précisons que l'article L.6316-1 du Code de santé publique abroge l'article 32 du code de la sécurité sociale de la loi n° 2004 -810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

¹⁰²⁵ L'HAD est un service de prise en charge au domicile du patient, dont les soins sont réalisés par des professionnels de santé intervenant directement au domicile du patient.

¹⁰²⁶ DGOS, *Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine*, p. 95. Précisons que la télémédecine en HAD pourra s'appliquer au domicile « *naturel* » du patient ou à son domicile « *institutionnel* », c'est-à-dire en EHPAD ou structure médico-sociale avec hébergement.

¹⁰²⁷ FNEHAD, *Télésanté et HAD : La médecine du XXIème siècle*. Dossier de presse FNEHAD, 3 juin 2010. p. 14, 15.

¹⁰²⁸ L'AP-HP est un établissement hospitalier de 820 places. Il comprend 4 pôles, dont 2 cliniques, mère-enfant et soins adultes. <http://espacepatient.aphp.fr/hospitalisations-specifiques/lhospitalisation-a-domicile-had/>.

742. En effet, il est particulièrement audacieux mais également pertinent, d'imaginer la mise en œuvre d'une démarche GPEC anticipant le développement de l'e-santé et de la télémédecine. Une étude¹⁰²⁹ réalisée par l'OPIIEC¹⁰³⁰ en 2011, démontre qu'il y a très peu de formation et d'information des patients et des professionnels de santé autour de la technologie et de l'e-santé. Selon ce rapport, les formations relatives à la télémédecine restent peu abondantes et très informelles, se réalisant parfois « *sur le tas* », à l'occasion d'un projet particulier de télémédecine. Très peu d'organismes de formation se sont donc penchés sur la problématique des TIC en santé. Pour autant, au vu de l'évolution rapide de l'e-santé, il semble évident que les professionnels devront être formés en la matière, par le biais de la formation médicale continue.

743. Les établissements doivent donc permettre à leurs praticiens de se former et de s'adapter aux nouvelles technologies de l'information. Tel est le cas au sein du service formation médicale continue de l'AP-HP, ayant mis à disposition de ses établissements et des médecins hospitaliers, des formations dédiées au dispositif de la télémédecine¹⁰³¹. La formation de tous les professionnels de santé au dispositif paraît donc être une évolution incontournable. Certains ont d'ailleurs émis l'idée de créer une qualification spécifique en télémédecine, assorti d'un enseignement spécifique au sein de facultés de médecine¹⁰³². Seuls les professionnels titulaires d'un diplôme universitaire en télémédecine, seraient autorisés à pratiquer. Pour autant, une telle qualification ne paraît pas souhaitable, car ainsi que le précise le Conseil National de l'Ordre des Médecins¹⁰³³, « *la télémédecine n'est pas dans son application générale un cadre d'exercice spécialisé, mais au contraire un moyen de coopération pouvant concerner des situations très concrètes de pratiques professionnelles au service de l'équité dans l'accès aux soins* »¹⁰³⁴.

744. Dès lors, une démarche GPEC axée vers le développement des nouvelles technologies et de la télémédecine devra anticiper la formation professionnelle et le développement des

¹⁰²⁹ OPIIEC, *Les technologies de l'information au service des nouvelles organisations de soins : création de valeur engendrée par le secteur des TIC santé en France*. 2011.

¹⁰³⁰ Observatoire Paritaire des métiers de l'Informatique, de l'Ingénierie, des Etudes et du Conseil (OPIIEC).

¹⁰³¹ CNOM, *Les préconisations du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Télémédecine 2009. De quelles compétences doivent faire preuve les médecins ?* p. 15.

¹⁰³² J. DIONIS DU SEJOUR, J.-C. ETIENNE, *Rapport sur les télécommunications à haut débit au service du système de santé*. Tome 1.

¹⁰³³ CNOM.

¹⁰³⁴ CNOM, *op. cit.* p. 15.

compétences de tous les acteurs du projet. Elle devra notamment prioriser la formation des personnels paramédicaux. Ainsi, des infirmiers diplômés d'état pourraient être tenus de compléter leur formation initiale en diabétologie ou cancérologie, afin d'être opérationnels en tant que médiateur ou assistant télémedecine¹⁰³⁵. En outre, le plan de formation pourrait financer des diplômes universitaires de recherche clinique pour des assistants de recherche clinique participant à un projet de télécadiologie. C'est d'ailleurs l'option choisie par le CHU de Bordeaux et de Rennes, où lors de sessions de télécadiologie, le suivi à distance des patients est réalisé par des assistants de recherche clinique¹⁰³⁶.

745. En outre, le DRH devra anticiper la mise en œuvre de formations afférentes au dispositif technique de télémedecine. Ces formations auront pour objet l'usage technique du dispositif, son organisation et ses procédures. Dans la pratique, elles sont généralement dispensées par le constructeur même du dispositif, puis par les médecins, les IDE ou autre personnels paramédicaux¹⁰³⁷.

746. Envisager le développement de la télémedecine dans le cadre d'une GPEC nécessitera d'anticiper et d'identifier les nouvelles activités générées par ce dispositif. Il pourra s'agir d'activités techniques de type maintenance, ou gestion des fournisseurs. Il pourra également s'agir d'activités de coordination du projet ou des équipes. En effet, lors d'une session de téléconsultation, le DRH ou chef de projet devra coordonner et rendre disponible au même instant, le médecin, le patient et l'assistant de télémedecine. Précisons que bien souvent, cet assistant est un personnel paramédical. Il pourra notamment s'agir d'un infirmier coordonnateur, qui accompagnera le patient tout au long de la téléconsultation. Tel un aidant ou un médiateur, il aura pour mission de recueillir le consentement du patient et pourra même le former au dispositif de télémedecine¹⁰³⁸. Dans certaines hypothèses, il pourra également être amené à analyser les données du patient, voire à réaliser des actes médicaux. Le DRH de l'établissement chargé de mener à bien la démarche GPEC en coordination avec le plan de formation, devra s'attacher à définir ces nouvelles activités, ainsi que ces nouveaux métiers

¹⁰³⁵ ANAP, *La télémedecine en action : 25 projets passés à la loupe. Un éclairage pour le déploiement national*. Tome 1, les grands enseignements. p. 28.

¹⁰³⁶ ANAP, *op. cit.* p. 28.

¹⁰³⁷ ANAP, *op. cit.* p. 28.

¹⁰³⁸ ANAP, *op. cit.* p. 30-31.

d'« assistant de télémedecine », d'« IDE coordonnateur de télémedecine », d'« assistant technicien télémedecine » ou de « chef de projet télémedecine »¹⁰³⁹.

747. La télémedecine permet donc de réunir et de coordonner autour du patient l'ensemble des parties prenantes au projet : Un premier assistant de télémedecine qui assiste le patient et pourra ainsi jouer un rôle de médiation. Un deuxième assistant télémedecine, qui assiste le spécialiste et gère l'interface du dossier patient. Un médecin spécialiste. Un tiers, membre de la famille ou faisant partie de l'entourage du patient. Un médecin référent pourra éventuellement être présent et échanger avec le spécialiste. Enfin, un médiateur de soins pourra intervenir en fonction des spécialités¹⁰⁴⁰. Tout l'enjeu de la démarche GPEC sera de former ce personnel aux actes de télémedecine, afin que ceux-ci puissent communiquer et coopérer autour du patient.

748. En lien direct avec la démarche GPEC, la télémedecine pourrait être envisagée comme un moyen permettant de parfaire et d'élargir les compétences des professionnels. Ainsi, lors d'une session de téléconsultation, il est souvent constaté un véritable partage de connaissances entre le patient, le médecin, l'infirmière coordinatrice et l'ensemble de l'équipe. Dès lors, la télémedecine apparaît comme étant beaucoup plus qu'une nouvelle technologie. Elle constitue également une véritable « organisation apprenante¹⁰⁴¹ » réunissant une multitude de médecins, spécialistes et soignants autour du patient.

749. Du point de vue des compétences, le projet télémedecine présente donc un réel intérêt pour la direction des ressources humaines. Certes, il nécessite l'élaboration d'un plan de formation dédié au développement des compétences de l'ensemble des personnels concernés. Cependant, par essence, la session de télémedecine favorise l'enrichissement mutuel et le développement des compétences des professionnels, amenés à observer, partager, et communiquer autour du patient. A certains égards, elle apparaît comme étant un nouvel « espace de formation collectif » des professionnels de santé. Assurément, cette organisation apprenante participe de l'évolution souhaitable de toute démarche GPEC : anticiper le

¹⁰³⁹ ANAP, *op. cit.* p. 31.

¹⁰⁴⁰ 1000^{ème} session de la télémedecine en télécardiologie. La 100^{ème} télé-échographie cardiaque. 7 nov. 2011. Télégéria HEGP. p. 11.
<http://www.telegeria.fr/wp-content/uploads/2011/02/1000%C3%A8me-session-de-t%C3%A9l%C3%A9m%C3%A9decine-Programme-de-la-soir%C3%A9e-du-27.01.2011-et-pr%C3%A9sentation-des-r%C3%A9sultats-par-le-Dr-Espinoza.pdf>.

¹⁰⁴¹ ANAP, *op. cit.* p. 29.

développement des compétences de professionnels capables de s' « *autoévaluer* » et d' « *auto-développer* » leurs compétences nouvellement acquises.

Conclusion Section 2

750. Pour que la GPEC fonctionne, la pratique nous démontre qu'elle doit fédérer l'ensemble des professionnels de l'établissement autour du DRH, véritable « *pilote du changement* », et du cadre de santé, garant de l'entretien d'évaluation. Celui-ci devra s'attacher à donner une nouvelle dimension à l'entretien d'évaluation en l'orientant vers le savoir-être du professionnel. Par ailleurs, la GPEC doit savoir interroger l'avenir technologique et se tourner plus en avant vers l'expérimentation. Audace et innovation apparaissent donc comme étant les maîtres-mots d'une démarche GPEC originale, sachant tirer parti de la richesse de son établissement et du secteur sanitaire.

Conclusion Chapitre

751. Tel un système balisé, la démarche GPEC répond donc à des exigences très précises en termes de méthodologie. Cependant, cette dernière ne doit pas être considérée comme une simple procédure RH. Elle doit savoir sortir des sentiers battus, pour explorer, innover et pourquoi-pas, se risquer à de nouvelles approches. Dans le champ sanitaire, tout l'enjeu de la démarche, repose sur sa capacité à mettre en lumière les richesses du secteur. En effet, à l'heure où « *l'éthique du care* » s'inscrit dans les débats publics, l'établissement doit donner une place particulière au savoir-être du professionnel, et notamment au cours de l'évaluation des compétences. De même, il se doit d'interroger l'avenir de l'hôpital, dit « *High-Tech* » ou « *numérique* ». Dès lors, la démarche GPEC ne doit pas qu'anticiper le développement des compétences pour s'adapter aux nouvelles technologies. Elle doit également tendre vers l'utilisation de ces nouvelles technologies pour développer les compétences des professionnels via notamment la télémédecine. Ainsi tout l'enjeu de la GPEC repose sur sa capacité à anticiper le développement des compétences de professionnels conscients de

l'intérêt de la démarche, capables de s'auto-évaluer et pourquoi-pas d'auto-développer leurs propres compétences.

Conclusion Titre I

- 752.** Pour transformer la contrainte en opportunité, l'établissement doit jouer de la singularité du secteur. La GPEC en santé ne peut s'apparenter à un modèle standard de GPEC que l'on retrouve dans d'autres domaines d'activité, notamment de types industriels.
- 753.** Le droit de la santé fait de la GPEC une pratique atypique et insolite. Au-delà de l'intérêt certain qu'elle représente, cette branche du droit, organisée autour du patient, de la qualité des prestations et fondée sur la notion de dignité, donne à la démarche une plus-value extraordinaire.
- 754.** Pour satisfaire à l'objectif de qualité des soins, l'anticipation du développement des compétences devra être envisagée sous le prisme du long terme et de la rentabilité. En ce sens, la démarche devra plébisciter le développement d'« *organisation apprenante* », via notamment la télémédecine, favorisant le développement de compétences nouvelles, de professionnels enclins à « *auto-développer* » leurs compétences nouvellement acquises.

TITRE SECOND

UNE OPPORTUNITÉ STRATÉGIQUE AU NIVEAU DU TERRITOIRE DE SANTÉ

755. L'opportunité territoriale doit conduire à considérer le développement de la GPEC au sein des territoires de santé. En effet, pour répondre aux enjeux du secteur, l'hôpital de demain se doit d'être « *hors les murs* », tourné vers l'extérieur. La GPEC Territoriale, en tant que démarche territoriale et partenariale doit donc être envisagée à grande échelle afin de gérer les écarts entre l'offre de soin réelle et les besoins attendus du territoire.
756. S'appuyant sur les travaux des géographes de la santé, cette démarche établit un diagnostic territorial des inégalités, permettant à terme, d'anticiper les fractures territoriales de demain. Bien plus qu'un outil d'anticipation des emplois et des compétences, elle a pour objet de répondre à des enjeux plus grands en termes d'équité et de justice sociale. Innovante par nature, elle doit être *force de proposition* pour tendre vers l'équité dans l'accès aux soins et participer de la construction d'un espace de qualité et de bien-être.
757. Ce titre second sera donc l'occasion de constater l'existence d'un deuxième « *cercle vertueux* » de la GPEC, s'appuyant sur les travaux des géographes de la santé, pour tendre vers la notion, souvent considérée comme utopiste, de géographie du bien-être.
758. Dès lors, nous considérerons d'une part, la GPECT en tant que démarche subsidiaire territoriale et partenariale (chapitre premier), et d'autre part, en tant que « *Géographie* » Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (chapitre second).

CHAPITRE PREMIER

LA GPEC TERRITORIALE, UNE DÉMARCHE SUBSIDIAIRE, TERRITORIALE ET PARTENARIALE

- 759.** La GPEC Territoriale (GPECT), apparaît comme étant une notion subsidiaire. Pour autant, il ne faut pas la considérer comme une notion mineure ou simplement accessoire, mais d'avantage comme une notion complémentaire venant parfaire la démarche originelle. Innovante par nature, elle vient renforcer, appuyer et éventuellement combler les lacunes de la GPEC traditionnelle. A travers ce chapitre, nous démontrerons qu'il s'agit non seulement d'une démarche territoriale, mais également partenariale.
- 760.** D'une part, la dimension territoriale de la GPEC, impose l'identification d'un territoire « *pertinent* », permettant de répondre au mieux, aux enjeux et besoins régionaux. Pour ce faire, nous attacherons un intérêt particulier aux travaux réalisés par Monsieur Jean-Marc MACÉ, en termes de méthodes et critères de détermination du territoire.
- 761.** D'autre part, la dimension partenariale de la GPEC, impose la mobilisation d'une multitude d'acteurs, parfois hétérogènes, mais réunis autour d'une vision commune du territoire. A ce titre, nous soulignerons le rôle de l'ARS, en tant qu'acteur fédérateur du projet. Nous attacherons également un intérêt particulier aux notions de logique « *prescrite* » et « *construite* »¹⁰⁴², afin de démontrer que si la GPECT est bien prescrite et portée par l'ARS, elle demeure co-construite par les acteurs de terrain. Ainsi, nous nous appuierons sur les travaux de sociologues de l'innovation, pour démontrer que la GPECT est une démarche innovante, devant être adaptée aux spécificités du territoire par les acteurs de terrain. Cette pratique partenariale sera illustrée par l'exemple d'une GPECT réussie, répondant aux besoins régionaux du Languedoc-Roussillon.

¹⁰⁴² Nos recherches réalisés autour des notions de logiques prescrite et construite, s'appuie sur les travaux de Nathalie RAULET-CROSET, et d'Isabelle VANDANGEON-DERUMEZ.

762. Ce chapitre consacré à la GPECT sera l'occasion d'articuler les intérêts de la démarche, tant du point de vue territorial (Section I), que partenarial (Section II).

Section 1- Une démarche territoriale

763. La territorialisation représente une évolution souhaitable de la GPEC traditionnelle, lui permettant non seulement de satisfaire aux enjeux des établissements, mais aussi du territoire.
764. En effet, parfois considérée comme une « *extension* », un « *complément* », voire une « *alternative* »¹⁰⁴³, la GPECT fait figure de solution face aux problématiques de restructurations, en suscitant la mutualisation de ressources entre partenaires. Pour autant, l'efficacité de la démarche repose sur la création d'un territoire pertinent, en termes organisationnel, structurel, et répondant aux attentes des tutelles.
765. Il convient donc de nous intéresser à cette démarche pour le moins opportune (§1), ainsi qu'à l'identification de son territoire (§2).

§1- Une démarche territoriale opportune

766. Souvent qualifiée de contrainte juridique, la GPEC traditionnelle présente un certain nombre de limites. De ce fait, elle suscite le recours à une nouvelle forme de gestion territoriale encore expérimentale.
767. Les écueils de la GPEC seront l'occasion d'apprécier l'opportunité du cadre territorial (I). Nous rappellerons toutefois, qu'il ne s'agit encore que d'une démarche expérimentale, sources de questionnements juridiques (II).

I- Ecueils de la GPEC et opportunité du cadre territorial

768. Ce n'est qu'après avoir recensé les obstacles auxquels est confronté la GPEC traditionnelle (A), que nous pourrions apprécier l'opportunité du cadre territorial (B).

¹⁰⁴³ S. MICHUN, *GPEC - GPEC Territoriale : repères pour l'action en Languedoc-Roussillon. Fiche 7 : Territoires et Compétences*.

A- Les écueils de la GPEC traditionnelle

769. Dans un secteur en pleine mutation, l'établissement de santé doit s'adapter à la pénurie des ressources humaines, aux difficultés budgétaires, ainsi qu'aux restructurations auxquelles il est quotidiennement confronté. Dans de telles circonstances, la GPEC apparaît comme étant un outil d'anticipation pertinent permettant de gérer l'emploi de manière structurée et réfléchie. Pour autant, cette démarche traditionnelle, *intra*-établissement ou *intra*-sectorielle, présente un certain nombre de limites, unanimement reconnues par les spécialistes de la GPEC¹⁰⁴⁴. En effet, les retours d'expérience démontrent que les directeurs d'établissement éprouvent des difficultés à anticiper les évolutions de l'hôpital et à analyser l'incidence de ces mutations sur l'emploi et les compétences. De même, l'« *arsenal* » GPEC, apparaît comme étant un mécanisme juridique lourd, difficilement maniable pour le commun des mortels et nécessitant de fait, l'intervention de juristes et d'experts rompus à la négociation d'accords collectifs. Certains regrettent d'ailleurs le caractère « *donnant-donnant* » des négociations engagées avec les partenaires sociaux, impliquant de part et d'autre conciliations et concessions. En outre, en raison de sa technicité juridique, le processus GPEC nécessite la création d'outils RH et comptables très recherchés, difficilement mis en œuvre au sein de petites structures dépourvues de conseils en la matière. Beaucoup reprochent également au modèle classique de la GPEC, de ne pas intégrer au dispositif, les enjeux en termes de sécurisation des parcours professionnels des individus. L'ensemble de ces écueils conduit progressivement les établissements à se rencontrer et à se tourner vers une démarche plus vaste, territoriale et partenariale. En effet, selon Madame Marisol TOURAINE, « *le territoire doit être la nouvelle frontière de l'hôpital, un hôpital ouvert, comme le disent certains, hors les murs*¹⁰⁴⁵ ». Corrélativement, la démarche GPEC de demain, doit être projetée vers le territoire, afin de répondre au mieux à la prise en charge des patients et des usagers. Elle ne peut se contenter d'étudier l'établissement. Elle doit inscrire celui-ci dans une dimension plus vaste en intégrant à sa réflexion, les politiques de santé publique en termes d'inégalités territoriales, ainsi que les enjeux relatifs à la sécurisation des parcours professionnels au cours de mobilités externes. La GPEC apparaît donc comme étant un outil de dynamique collective incontournable, permettant aux petites structures réticentes à l'égard de la « *machine* » GPEC,

¹⁰⁴⁴ P. GILBERT, P. PARLIER, *La gestion prévisionnelle des ressources humaines : fondements, bilan et mise en place*, in Weiss D., *Les Ressources Humaines* (3ème édition), 2005. Éditions d'Organisation, p. 489-524. C. JOUVENOT, M. PARLIER, *Elaborer des référentiels de compétences*, 2005, Editions ANACT, 464 p. C. JOUVENOT, M. PARLIER, *La constitution d'un acteur collectif, condition d'une GPEC territoriale*, 22ème Congrès AGRH, 2011.

¹⁰⁴⁵ Discours de Marisol TOURAINE. *Présentation du pacte de confiance à l'hôpital*. 4 mars 2013.

de se lancer dans un programme plus ambitieux d'anticipation des ressources humaines à l'échelle territoriale, en partenariat avec l'ARS.

B- L'opportunité du cadre territorial

770. L'Accord National Interprofessionnel du 14 novembre 2008, tend à faire du territoire, un nouveau cadre d'élaboration de la GPEC. L'article 5 de l'accord, rappelle la nécessité de créer une « *dynamique d'accompagnement au niveau territorial*¹⁰⁴⁶ ». Il précise que les branches et organisations interprofessionnelles territoriales doivent développer une logique d'étude quantitative et qualitative sur l'évolution des emplois, des compétences et des qualifications, en lien avec les différents bassins d'emplois. La valorisation de la dimension territoriale vient donc parfaire et combler les lacunes de la GPEC « *traditionnelle* », intra-institutionnelle, peu en adéquation avec la territorialisation des politiques de santé publique, voulues par la loi HPST.
771. La GPEC territoriale peut être définie « *comme un outil de concertation en matière d'emploi et de compétences, permettant de dépasser le cadre de l'entreprise ou de la branche professionnelle*". "Elle implique une dimension spécifique de gestion fondée sur un système d'information concourant à poser un diagnostic et permettant la mise en dynamique d'un plan d'action concerté entre plusieurs acteurs autour d'objectifs partagés¹⁰⁴⁷ ». Les auteurs distinguent deux types de GPEC Territoriale, « *entre réaction et anticipation*¹⁰⁴⁸ » L'une « *émergeant d'une prise de conscience territoriale à chaud* », mise en œuvre en réaction à une situation de restructuration. L'autre « *émergeant d'une prise de conscience territoriale à froid* », destinée à anticiper les évolutions économiques et technologiques et permettant ainsi d'éviter les restructurations brutales.
772. La GPEC territoriale peut également être envisagée comme un moyen « *d'appréhender collectivement les questions d'emploi et de compétences et de construire des solutions*

¹⁰⁴⁶ Accord National Interprofessionnel du 14 novembre 2008 sur la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences, p. 8.

¹⁰⁴⁷ Ministère de l'économie de l'industrie et de l'emploi, *Guide d'action GPEC Territoriale*. Mai 2010. p. 9.

¹⁰⁴⁸ Ministère de l'économie de l'industrie et de l'emploi, *op. cit.* p. 10.

*transversales répondant simultanément aux enjeux de tous les acteurs locaux*¹⁰⁴⁹ ». A ce titre, il est rappelé que le terme « *gestion territoriale* » des emplois et des compétences semble inapproprié, car ici, il n'est plus question de gestion *stricto sensu*, mais d'une « *gouvernance partagée* » au sein d'un « *cadre partenarial* ». La gestion territoriale fait donc référence à une « *gestion collective d'un ensemble d'actions concertées* »¹⁰⁵⁰. Cette gestion « *proactive* » des ressources humaines doit permettre d'éviter les réactions « *à chaud* », et d'anticiper les mutations économiques ou démographiques impactant les établissements de santé du territoire. La démarche territoriale va donc permettre d'anticiper l'évolution des métiers de la santé, ainsi que le transfert des compétences d'un métier à un autre, en *intra* ou en *extra*, via la création de passerelles intersectorielles¹⁰⁵¹.

773. Selon Monsieur Michel PARLIER, « *la GPECT est considérée, par l'ensemble des acteurs composant le système français des relations professionnelles, comme un espace pertinent pour l'anticipation des mutations, la mutualisation des ressources et la construction des parcours professionnels* »¹⁰⁵².

774. En effet, la prise en considération de l'échelon territorial va dans le sens voulu par l'état, et par la loi HPST en termes de développement des politiques de santé. Dès lors, la GPECT devient un outil d'anticipation judicieux, participant de la résolution des défis en termes d'inégalité territoriale, de densité médicale, de couverture du territoire et d'attractivité. La notion de territorialisation permet à l'établissement d'avoir une vision qualitative et quantitative des métiers et de la main d'œuvre disponible sur le territoire. Elle facilite également la sécurisation des parcours professionnels des individus. A bien des égards, la dimension territoriale de la GPEC représente donc une force pour l'état et notamment pour l'ARS, l'établissement lui-même, les professionnels, et les syndicats. Elle présente également un grand intérêt pour les élus, car elle renforce la dynamique et l'attractivité du territoire.

¹⁰⁴⁹ Ministère de l'économie de l'industrie et de l'emploi, *Guide pour l'action - Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences de Territoire - Expériences et bonnes pratiques des Comités des Bassins d'Emploi*. Mai 2009. p. 7.

¹⁰⁵⁰ Ministère de l'économie de l'industrie et de l'emploi, *op. cit.*, p. 6.

¹⁰⁵¹ Ministère de l'économie de l'industrie et de l'emploi, *op. cit.*, p. 6.

¹⁰⁵² CEREQ, *Créativité et innovation dans les territoires : une stratégie d'avenir?* Sous la direction de Stéphane MICHUN. 5ème université d'été "Emploi, Compétences et Territoires". C. JOUVENOT, M. PARLIER, *La constitution d'un acteur collectif, condition d'une GPEC Territoriale*. p. 49. RELIEF. 38. Echanges du CEREQ. juil. 2012. (Centre d'Etudes et de Recherches sur les Qualifications. M. PARLIER, *Editorial*. Education permanente, Construction des parcours professionnels, n°181. p. 5-10.

775. En définitive, le territoire représente un véritable vivier d'emploi permettant d'apporter une réponse à la pénurie de main d'œuvre en santé. Il va favoriser la concertation et la coopération entre établissements, permettant ainsi de faire face aux demandes de restructurations et recompositions hospitalières. Tel un processus d'élaboration partagé, il va susciter la mise en œuvre d'un pilotage stratégique unifié, répondant aux souhaits de l'ARS.
776. Si l'établissement de demain doit être décloisonné, tourné vers l'innovation technologique, la GPEC doit nécessairement suivre ce mouvement et intégrer la région à ses études prospectives. Bien plus qu'un simple outil de gestion prévisionnelle des ressources humaines interne à l'établissement, elle s'inscrit dans un programme plus vaste, intégrant les problématiques de densité et de dépeuplement médical, d'inégalité entre région et de coopération entre professionnels de santé. Plus riche et plus ambitieuse qu'une GPEC « *standard* », la territorialisation de cette démarche apparaît comme étant une évolution souhaitable et cohérente, permettant de répondre en *intra* et en *extra* aux exigences des tutelles en termes de politique sanitaire et de contrainte budgétaire.
777. Le cadre territorial de la GPEC semble opportun. Pour autant, cette dernière n'en demeure pas moins une démarche encore expérimentale, sources de problèmes juridiques qu'il convient d'étudier (II).

II- Une démarche territoriale encore expérimentale

778. La GPECT semble donc parée de bien des vertus. Pour autant, cette démarche pragmatique laisse place à de nombreuses interrogations et problèmes juridiques auxquels il est parfois difficile de répondre.
779. Que faut-il entendre par territoire, et quel périmètre choisir ? S'agit-il du territoire de santé ou faut-il envisager un autre cadre de délimitation ? Le choix du territoire est d'autant plus important, que c'est lui, qui donnera du sens à la GPEC. Il doit être cohérent, en termes géographique, organisationnel et institutionnel. Il ne peut s'agir d'une « *coquille vide*¹⁰⁵³ », dépourvue de point de convergence. Les acteurs devront donc s'attacher à définir cet espace

¹⁰⁵³ CEREQ, *Créativité et innovation dans les territoires : une stratégie d'avenir?* Sous la direction de Stéphane MICHUN. 5ème université d'été "Emploi, Compétences et Territoires". S. MICHUN, *GPEC Territoriale, quelques points de référence*. p. 39. RELIEF. 38. Echanges du CEREQ. juil. 2012.

d'échange, afin de « *créer du lien et de produire du sens pour une collectivité impliquée dans son devenir*¹⁰⁵⁴ ». La délimitation du territoire n'est pas un exercice aisé, car l'essentiel ne réside pas dans la définition *stricto sensu* du lieu, mais dans le « *désir du lien*¹⁰⁵⁵ ». Il s'agira donc pour les acteurs de dépasser le « *lieu de vie* » et de créer ensemble un « *lieu d'envie*¹⁰⁵⁶ » conformément à la notion d'« *effet territoire* ». Tout l'enjeu de la démarche résidera dans la capacité des acteurs à « *déplacer l'horizontalité et la verticalité vers un point de convergence*¹⁰⁵⁷ » et ainsi d'évoluer de « *l'appel à projet à l'appel du projet*¹⁰⁵⁸ ».

780. Par ailleurs, quels acteurs mobiliser et comment mettre en réseau ces partenaires ? L'ARS, l'ARACT¹⁰⁵⁹, la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale, la DIRECCTE¹⁰⁶⁰, l'AFPA¹⁰⁶¹, les OPCA¹⁰⁶², les départements, ou les partenaires sociaux représentent un véritable « *listing* », non exhaustif, de partenaires potentiels. Dès lors, il convient de s'interroger sur le mode de régulation envisagé pour permettre aux établissements d'agir de manière partenariale et concertée. Il est également nécessaire de s'intéresser à la définition des « *objectifs partagés* » par les différents établissements. En effet, c'est majoritairement en répondant à un appel à projet, que les divers acteurs et partenaires pourront se rencontrer lors de séances de travail régionales animées, pourquoi pas, par l'ARS ou l'ARACT. Ces séminaires constitueront des instances de délibération et de réflexion collective destinées à proposer des modes d'action et des objectifs communs. Assurément, le programme d'action défini, participera de la transversalité du territoire et sera conforme aux orientations du PRS ainsi qu'aux exigences de l'ARS.

781. En outre, il convient de s'interroger quant au mode d'évaluation de l'action. Cette appréciation devra être réalisée par un organisme extérieur aux établissements. Elle se fera très certainement via la certification et l'évaluation de la qualité en termes de couverture du territoire de santé.

¹⁰⁵⁴ M.-P. SANS-CHAGRIN, J.-L. LECOQ, *Construire ensemble des projets de territoire. Ateliers*. escales.enfa.fr/files/2009/06/56.pdf.

¹⁰⁵⁵ M.-P. SANS-CHAGRIN, J.-L. LECOQ, *op. cit.*

¹⁰⁵⁶ M.-P. SANS-CHAGRIN, J.-L. LECOQ, *op. cit.*

¹⁰⁵⁷ M.-P. SANS-CHAGRIN, J.-L. LECOQ, *op. cit.*

¹⁰⁵⁸ M.-P. SANS-CHAGRIN, J.-L. LECOQ, *op. cit.*

¹⁰⁵⁹ Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

¹⁰⁶⁰ Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi.

¹⁰⁶¹ Association Nationale pour la Formation Professionnelle des Adultes.

¹⁰⁶² Organisme Collecteur Paritaire Agréé.

782. Les acteurs du processus devront également veiller à ce que la GPECT ne devienne pas le théâtre d'une « *anarchie organisée*¹⁰⁶³ », impliquant un trop grand nombre de partenaires, plus ou moins actifs dans la prise de décision et définissant un trop grand nombre d'objectifs parfois de manière confuse. Pour éviter ces problématiques, il conviendra de désigner un acteur fédérateur jouant le rôle de « *garde-fou* », et coordonnant partenaires et projets vers un point de convergence. L'ARS semble pouvoir incarner ce protagoniste, en orientant cette collectivité impliquée, vers une vision commune du territoire¹⁰⁶⁴.
783. Au regard de ces éléments, le cadre territorial de la GPEC semble donc être des plus opportuns. Pour autant, il convient dorénavant de nous attacher à définir le périmètre de ce territoire (§2).

§2- Détermination du territoire pertinent

784. La mise en œuvre d'une démarche GPECT nécessite l'identification du territoire pertinent, au sein duquel le processus pourra être développé. Il convient donc de nous intéresser au périmètre de ce territoire.
785. Le terme territoire est issu du latin *territorium*, dérivé de *terra*, qui signifie territoire. Monsieur Jacques MOREAU propose une définition juridique du territoire. Selon lui, il s'agit d'un « *espace irrigué par le droit et borné par des limites*¹⁰⁶⁵ » Par ailleurs, « *cette conception juridique se démarque de nombreux travaux consacrés à la définition du territoire par les géographes, les historiens ou les sociologues*¹⁰⁶⁶ ».
786. En France, la territorialisation de la politique de santé a évolué au gré des réformes de la planification sanitaire. Cette notion est apparue avec la Loi BOULIN du 31 décembre 1970¹⁰⁶⁷ portant création des cartes sanitaires. Quelques années plus tard, la loi EVIN du 31 juillet 1991¹⁰⁶⁸ a instauré les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS), arrêtés par

¹⁰⁶³ CEREQ, *op. cit.* p. 40.

¹⁰⁶⁴ CEREQ, *op. cit.* p. 39-40.

¹⁰⁶⁵ J. MOREAU, *Esquisse d'une théorie juridique de la territorialisation*, in revue du droit sanitaire et social, hors série 2009. p. 16. P.-H. BECHAT, *Territoire et égalité d'accès aux soins et à la santé*. Thèse de doctorat en droit public soutenue le 12 novembre 2012. Université Panthéon-Assas. p. 72.

¹⁰⁶⁶ P.-H. BECHAT, *op. cit.*

¹⁰⁶⁷ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970, portant réforme hospitalière.

¹⁰⁶⁸ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

le directeur de l'ARH. Par la suite, l'ordonnance du 4 septembre 2003¹⁰⁶⁹ a simplifié et réorganisé la planification sanitaire en substituant aux secteurs sanitaires, les territoires de santé. C'est au sein de ces territoires que vont s'organiser les soins, encadrés par des objectifs quantifiés d'offre de soins et de concertation entre acteurs. La mise en œuvre de cette démocratie sanitaire va s'exprimer dans le cadre de conférences sanitaires de territoire. La carte sanitaire est donc supprimée et le SROS devient le mécanisme unique de l'organisation de l'offre de soins hospitaliers. Ainsi, le territoire de santé devient le territoire « *pertinent* » de l'organisation des soins. Confirmant cette évolution, la circulaire du 5 mars 2004¹⁰⁷⁰ relative à l'élaboration des SROS de troisième génération, est venue rappeler que ceux-ci doivent être déclinés autour d'une plus grande prise en compte de la dimension territoriale.

787. Si la loi HPST a marqué son attachement à la territorialisation de la politique de santé, elle ne définit en aucune mesure le territoire de santé. Le Code de Santé Publique se borne à préciser dans son article L.6121-2 que ce dernier peut être constitué par « *un espace infra régional, régional, inter régional ou national*¹⁰⁷¹ ». De même, l'article L. 1434-16 précise que « *l'ARS définit les territoires de santé pertinents pour les activités de Santé Publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours*¹⁰⁷² ».

788. La définition du territoire de santé proposée par la DGOS semble plus explicite. Selon elle, « *les territoires de santé constituent le premier niveau du découpage géographique, qui couvre le champ de compétence des ARS et où se décline leur politique régionale de santé*¹⁰⁷³ ».

789. Après avoir défini la notion de territoire en santé, il convient de nous intéresser à la délimitation du territoire propre à la GPEC. S'agira-t-il du territoire de santé défini par l'ARS ou d'un autre espace? Il semble logique de se rattacher aux contours du territoire visé par l'ARS, qui endossera assurément, le rôle d'acteur fédérateur de la démarche. Pour autant, dans

¹⁰⁶⁹ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

¹⁰⁷⁰ Circulaire n°101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

¹⁰⁷¹ Article L.6121.2 c. santé publique.

¹⁰⁷² Article L.1434-16 c. santé publique.

¹⁰⁷³ DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins). www.sante.gouv.fr/les-territoires-de-sante,1209.htm.

l'absolu, rien n'interdit aux partenaires de définir un autre cadre territorial, même si cela paraît peu raisonnable au regard du rôle de l'ARS, à la fois, tutelle, financeur et porteur du PRS.

790. En toutes hypothèses, pour définir le territoire pertinent c'est-à-dire « *l'espace d'interconnaissance entre les individus où s'opère l'essentiel des déplacements et des actes quotidiens* »¹⁰⁷⁴, il convient de s'appuyer sur les travaux réalisés par Monsieur Jean-Marc MACÉ, relatifs à la construction des territoires de santé¹⁰⁷⁵. Ce géographe de la santé, propose plusieurs méthodes et critères de construction des territoires, qui à notre sens, devrait intéresser toute démarche GPECT.
791. Afin d'être en phase avec une politique d'équipement hospitalier, la GPECT doit être en mesure de définir des « *territoires cohérents* » permettant d'ajuster au mieux la demande effective et l'offre hospitalière. Nous présenterons donc plusieurs méthodes de délimitation du territoire, fondée sur un « *découpage objectif* » et « *opérationnel* ». A ce titre, nous distinguerons la « *détermination théorique des aires* », fondée notamment sur la théorie de REILLY, des « *méthodes fondées sur l'origine des patients et les flux des populations* »¹⁰⁷⁶.
792. En effet, la formule du point d'équilibre de REILLY¹⁰⁷⁷ permet de définir de manière objective la distance d'influence entre deux pôles¹⁰⁷⁸. Ainsi, « *lorsque tous les points d'équilibre sont établis entre un pôle donné et ses pôles voisins, il devient possible d'identifier la zone d'influence théorique considérée, afin de connaître la population potentiellement desservie par ce pôle* »¹⁰⁷⁹.

¹⁰⁷⁴ O. DAVID, *l'accueil de la petite enfance. Service et aménagement du territoire*, Presses universitaires de Rennes, 1999.

¹⁰⁷⁵ J.-M. MACÉ, *Le rôle des ARS dans la territorialisation des politiques de santé. Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale*. Avril 2011.

¹⁰⁷⁶ F. TONNELIER, *Quelques méthodes de délimitation des bassins de santé : bassins de population, espace de soins, zone d'attraction*. V. LUCAS-GABRIELLI, D. POLTON, S. PORTAL, F. TONNELIER, J. M TOUSSAINT, *Les méthodes de délimitation de zones de services médicaux*, CREDES, 2002. Dans le cadre de la révision des SROS, le Ministère de la Santé a réuni un groupe de travail sur « *Les territoire de l'accès aux soins* ». À cette occasion, une note sur « *Les méthodes de délimitation de zones de services médicaux* » a été faite au CREDES, en août 2002.

¹⁰⁷⁷ F. TONNELIER, E. VIGNERON, *Géographie de la santé en France*, QJS n°3435, PUF, 1999, 125 p. Selon cette théorie, « *L'attraction de commerces de détail d'une ville dans son territoire alentour sera directement proportionnelle à la taille de la population de la ville et inversement proportionnelle à la distance séparant les consommateurs de ladite ville* ». W.- J. REILLY, *Method for study of retail relationships*, university of texas, bulletin 2944, 1924.

¹⁰⁷⁸ J.-M. MACÉ, *Le bassin de santé hospitalier : Un outil de planification en Ile de France*, Thèse sous la direction du Professeur Henri PICHERAL, 2000, p. 264.

¹⁰⁷⁹ J.-M. MACÉ, *op. cit*, p. 264.

793. Il existe également des méthodes permettant d'analyser les flux « *domicile-hôpital* » et ainsi de décrire la pratique spatiale des hospitalisés. A ce titre, soulignons l'intérêt de la méthode de classification informatique des flux, dite MIRABEL¹⁰⁸⁰ (Méthode Informatique de Recherche et d'Analyse des Bassins par l'Etude des Liaisons Logement-Emploi), conçu par Monsieur TERRIER¹⁰⁸¹ en 1975 pour construire les bassins d'emploi. Le bassin de santé construit à partir de cette méthode dite des « *flux relatifs* », permet de mieux cerner la réalité de l'offre et de la demande au niveau local. En effet, pour rechercher un territoire opérationnel, il convient d'étudier les flux « *domicile-établissement de santé* » des usagers. « *Toutes les communes (ou codes postaux) dont les flux majoritaires (même relatifs) des hospitalisés sont orientés vers le même pôle hospitalier, appartiennent et constituent alors un bassin de santé hospitalier* ». Cette analyse réalisée pour une discipline donnée, l'obstétrique par exemple, « *reflète bien une pratique spatiale homogène des hospitalisés* », c'est-à-dire, « *le territoire vécu hospitalier* »¹⁰⁸².

794. La formulation de cette orientation majoritaire des hospitalisés vers un pôle hospitalier est la suivante :¹⁰⁸³

Hospitalisés issus de la commune « *a* » vers le pôle hospitalier « *A* »

Lien majoritaire « *Domicile-Hôpital* » =

Σ hospitalisés issus de la commune "a"

Où :

a est une entité spatiale de « *départ* » des hospitalisés ;

A est un pôle hospitalier « *d'arrivée* » des hospitalisés.

795. Par ailleurs, la figure ci-dessous, illustre l'orientation majoritaire relative des hospitalisés vers un pôle hospitalier. Chaque flèche symbolise le volume des hospitalisés domiciliés dans une commune ou code postal, ainsi que l'orientation majoritaire des flux des hospitalisations domiciliées dans chaque commune ou code postal.

¹⁰⁸⁰ La méthode MIRABEL permet d'identifier « *l'intensité des échanges entre deux pôles hospitaliers* » et « *permet également de mesurer les flux simples d'attraction domicile-hôpital* ». J.-M. MACÉ, *Le bassin de santé hospitalier : Un outil de planification en Ile de France*. p. 277.

¹⁰⁸¹ En ce sens, C. TERRIER, *La réalité des pays Lorrains d'après les déplacements domicile travail en 1975*, Dossiers de l'économie lorraine, n°32.33, INSEE, 1978. C. TERRIER, *Mirabelle*, Communication présentée aux secondes journées internationales, analyse des données et informatique, Versailles, 16 oct, 1979.

¹⁰⁸² J.-M. MACÉ, *Répercussion du vieillissement de la population sur la consommation hospitalière et sur la démographie médicale dans les territoires en France métropolitaine : exemple des obstétriciens*. 2^{ème} colloque International du CIST, Fronts et frontières des sciences du territoire, 27-28 mars 2014.

¹⁰⁸³ J.-M. MACÉ, *op. cit.*

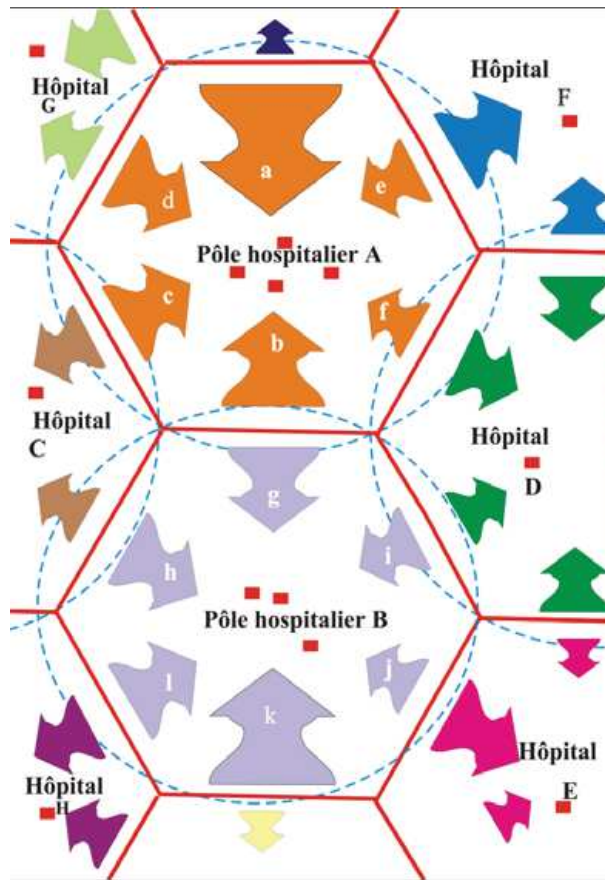


Figure 2 Orientation majoritaire relative des hospitalisés vers un pôle hospitalier

796. Cette méthode de détermination du territoire, permet d'attacher un intérêt particulier à la notion de bassin de vie ou de « *territoire vécu* ». Défini par Monsieur Armand FREMONT, « *l'espace vécu (...) est un espace intermédiaire entre les lieux de l'immédiate quotidienneté et les territoires plus lointains, entre la réalité des contraintes économiques et l'utopie des rêves, entre l'ici qui retient et un ailleurs qui appelle* »¹⁰⁸⁴. Dès lors, le territoire vécu peut être envisagé comme « *un espace approprié et marqué par la prise en compte des effets géographiques de l'identité des individus. De cette manière, l'organisation sociale se répercute sur celle du territoire vécu et exploité. Il s'agit donc d'une appropriation du milieu*

¹⁰⁸⁴ A. FREMONT, *Les profondeurs des paysages géographiques. Autour d'Ecouves, dans le Parc régional Normandie-Maine*. L'Espace Géographique, n°2, 1974, p. 127-136. Voir également, A. FREMONT, *Recherches sur l'espace vécu*. L'Espace Géographique, n°3-3, 1974, p. 231-238.

par un groupe d'individus où les notions de parcours et de flux reflètent les modes de vie ainsi qu'une certaine pratique spatiale du groupe »¹⁰⁸⁵.

797. Ces mécanismes de création de territoire peuvent être rapprochés de ceux visés par l'ANAP dans son guide relatif aux « *parcours de santé des personnes âgées sur un territoire*¹⁰⁸⁶ ». Pour définir un territoire et créer une cartographie, le guide distingue l'approche populationnelle de l'approche territoriale. La première consiste à définir une unité géographique en fonction des habitudes et des flux des patients. La deuxième consiste à définir le territoire selon des bornes administratives telles que l'arrondissement, ou des « *territoires vécus* » tels que des bassins de vie ou d'emploi. L'ANAP recommande de combiner ces deux approches, en déterminant un « *territoire optimal* » selon une logique populationnelle. Puis en retenant un territoire de référence, se rapprochant le plus du « *territoire optimal* », selon une approche territoriale¹⁰⁸⁷. Ce procédé permet d'articuler les deux logiques.

798. Selon Monsieur J.-M. MACÉ, pour être cohérent, le territoire doit reposer sur une « *compétence globale de l'ARS* », en termes « *d'observation, de proposition, de concertation et de décision* »¹⁰⁸⁸. Par ailleurs, son élaboration doit tenir compte des « *pratiques spatiales de la population* »¹⁰⁸⁹, c'est-à-dire des flux des patients. Ceci, en identifiant leurs « *espaces de vie quotidiens* », leurs « *déplacements domicile/travail* », ainsi que les « *distances d'accès* »¹⁰⁹⁰ en termes d'offre de service. En outre, pour « *faire vivre ce territoire* »¹⁰⁹¹, il convient de communiquer auprès des acteurs locaux, afin qu'ils prennent conscience des enjeux de la territorialisation. Selon l'auteur, la construction du territoire doit tenir compte des espaces de proximité existants, tels que les commerces et voies de communication. Il convient également de prendre en considération la taille des territoires, afin d'intégrer à la réflexion les problématiques d'accessibilité et de disparité entre régions. Ainsi, un territoire trop étendu

¹⁰⁸⁵ J.-M. MACÉ, *L'apport de la géographie et de l'approche territoriale dans la performance des organismes de Sécurité sociale. Application à l'accueil physique dans la branche famille*. Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale, 2013, p. 7. Voir également, J.-M. MACÉ, *La notion de territoire comme outil de planification sanitaire*, Regards, n°31, janvier 2007.

¹⁰⁸⁶ ANAP, *Les parcours de santé des personnes âgées sur le territoire. Réaliser un diagnostic et définir une feuille de route pour un territoire*. 2011. p. 27.

¹⁰⁸⁷ ANAP, *op. cit.*

¹⁰⁸⁸ M. MACÉ, *Le rôle des ARS dans la territorialisation des politiques de santé*. Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale. p. 43.

¹⁰⁸⁹ M. MACÉ, *op. cit.* p. 43.

¹⁰⁹⁰ M. MACÉ, *op. cit.* p. 43-44.

¹⁰⁹¹ M. MACÉ, *op. cit.* p. 44.

peut-être source de difficultés en termes de collecte d'informations et d'animation. Rappelons également que l'analyse de l'offre de soins et notamment des flux ambulatoires devront être intégrés à la réflexion¹⁰⁹².

799. Enfin, précisons qu'il paraît plus que nécessaire de tenir compte du territoire existant, pour définir le cadre territorial de la GPEC. En effet, choisir un territoire distinct du territoire de santé visé par l'ARS, ne pourrait que conduire à créer un « *millefeuille des territoires* »¹⁰⁹³, s'entremêlant et se juxtaposant sans réelle cohérence. Dès lors, pour mettre en œuvre une GPECT pertinente, il nous semble opportun de choisir le même cadre que celui du territoire de santé existant, ceci, afin de conserver les mêmes acteurs et les mêmes repères institutionnels.

Conclusion section 1

800. Tout l'enjeu de la démarche sera donc de créer et de faire vivre ce territoire, pouvant être qualifié de « *lieu d'envie* », en partenariat avec l'ARS. En effet, les frontières de l'espace GPEC, semblent devoir épouser les formes du territoire de santé, afin d'être en conformité avec les aspirations de l'ARS et des politiques de santé publique.

801. Le choix d'un territoire pertinent n'a d'utilité qu'en présence d'un partenariat de qualité, reposant sur les notions de dialogue social territorial et de démocratie sanitaire. L'articulation de ces deux notions permet de construire un territoire pertinent, vivant, animé par des acteurs mobilisés et impliqués.

802. La logique territoriale induit donc une logique partenariale (Section 2), basée sur la communication, l'échange et l'identification d'une gouvernance légitime et fédératrice.

¹⁰⁹² M. MACÉ, *op. cit.* p. 43-46.

¹⁰⁹³ M. MACÉ, *op. cit.* p. 45.

Section 2- Une démarche partenariale

803. Interroger l'approche territoriale de la GPEC conduit de fait à interroger l'approche partenariale de la démarche. En effet, l'une n'a de pertinence sans l'autre. Si le choix d'un territoire semble cohérent, celui-ci ne sera pertinent que s'il devient un « *lieu d'envie* » et de dynamique, animés par des acteurs impliqués. Pour créer ce lieu propice à l'échange et à la communication, il convient de désigner une gouvernance fédératrice, porteuse du projet, telle que l'ARS. Considérée par beaucoup comme le symbole de l'étatisation du système de santé, cette dernière mènerait, de fait, la GPEC vers une territorialisation nationalement pilotée au niveau régional. Ce modèle de gouvernance partenariale repose sur l'articulation entre logique prescrite et logique construite. Certes, la GPECT est prescrite par les tutelles, mais demeure co-construite par les acteurs de terrain. La démarche GPECT menée en Languedoc-Roussillon, est une parfaite illustration de cette « *régulation conjointe* », créée à l'initiative de la FHP, financée par des fonds publics et bénéficiant de l'assentiment des tutelles.

804. Au sein de cette deuxième section, nous nous attacherons à démontrer que la GPECT repose sur une gouvernance partenariale « *équilibrée* » (§1), prescrite par l'ARS et co-construite par les acteurs. Nous illustrerons cette démonstration par un exemple de GPECT réussie, menée en Languedoc-Roussillon (§2).

§1- Une gouvernance partenariale

805. Afin de mobiliser l'ensemble des acteurs vers une vision commune du territoire, la GPECT doit reposer sur une gouvernance partenariale « *équilibrée* », articulant prescription construction et innovation. Dès lors, nous établirons le lien entre ces trois notions, afin de démontrer que bien que prescrite par l'ARS, la GPECT doit être construite et adaptée par les acteurs. Il s'agit là de la condition « *sine qua non* » de tout projet innovant.

806. Cette démarche innovante, prescrite par l'ARS (I), doit donc être co-construite par les acteurs du territoire (II).

I- Une démarche prescrite par l'ARS

- 807.** Construire une GPECT nécessite d'établir les fondations du projet, c'est-à-dire la gouvernance et le chef de projet.
- 808.** La gouvernance la plus légitime paraît être l'ARS. En effet, il s'agit généralement de l'acteur à l'origine du projet et plus spécifiquement de l'appel à projet. Au regard de sa position, elle est certainement la plus à même de mobiliser les autres acteurs et d'orienter la démarche GPECT vers les infléchissements du PRS. Ainsi, elle fait office de protagoniste fédérateur, assurant la transversalité entre les établissements des secteurs sanitaires et médico-sociaux. En tant que coordinatrice du projet, l'ARS devra identifier, en partenariat avec les autres acteurs, un chef de projet, assorti d'une équipe missionnée pour organiser et faire vivre la démarche.
- 809.** De manière générale, l'ANAP recommande d'organiser le pilotage de projet à travers deux instances, l'une stratégique, l'autre organisationnelle¹⁰⁹⁴. D'une part, le « *comité de pilotage* », composé de représentants de l'ARS, de financeurs, ou de représentants des usagers, ayant pour mission de valider les objectifs proposés. D'autre part, le « *comité technique* », composé de DRH ou autres représentants des établissements, missionnés pour proposer une « *feuille de route* » opérationnelle.
- 810.** Selon un calendrier prévisionnel établi, l'ensemble des acteurs pourront se retrouver lors de séminaires ou ateliers, afin d'étudier le diagnostic territorial et proposer des modes d'action, d'évaluation, ainsi que des objectifs partagés.
- 811.** La légitimité de l'ARS dans son rôle de pilote du projet, s'appuie sur un dialogue social territorial, impliquant une concertation entre établissements sanitaires et médico-sociaux, partenaires sociaux, professionnels de santé ou non, et autres acteurs. C'est donc dans le bien-fondé des acteurs, que se trouvera l'écoute et le respect dû à chacun, condition indispensable d'un dialogue social de qualité. Ce dialogue entre partenaires sociaux, professionnels et directeurs, issus de cultures différentes, émanant d'établissements sanitaires et médico-sociaux publics ou privés, est la clé d'une GPECT réussie, unissant chacun autour d'une vision commune du territoire.

¹⁰⁹⁴ ANAP, *op. cit.* p. 14.

- 812.** Précisons que la régionalisation de la GPEC ne doit pas être le théâtre d'une technocratie sanitaire¹⁰⁹⁵, multipliant outils et indicateurs de diagnostics à destination des partenaires. Bien au contraire, elle doit devenir un lieu de dialogue social territorial et de démocratie sanitaire, favorisant la participation des professionnels et des usagers au processus de décision. En effet, en tant que leader, l'ARS aura pour mission d'« animer¹⁰⁹⁶ » et de « faire vivre¹⁰⁹⁷ » le territoire auprès des acteurs, afin de donner du sens à la GPEC. C'est dans l'action pédagogique et le respect de la démocratie sanitaire, que réside l'acceptation par les professionnels, les partenaires sociaux et les usagers, du processus GPEC.
- 813.** Si l'ARS semble devoir occuper une place centrale au sein du processus, beaucoup ont souligné « l'impossible autonomie de l'ARS¹⁰⁹⁸ ». La région ne serait que le « cheval de Troie du pouvoir de l'Etat¹⁰⁹⁹ » et dissimulerait une « territorialisation nationalement pilotée au niveau régional¹¹⁰⁰ ». Ces allégations reviennent à dire que la GPECT ne serait qu'un « pantin » entre les mains de l'Etat, décideur des politiques de santé nationales et régionales, via l'ARS. Le rôle des établissements et des divers acteurs locaux serait ainsi très largement encadré par les véritables chefs d'orchestre du projet, que sont l'Etat et l'ARS.
- 814.** En effet, l'ARS est un établissement public de l'Etat à caractère administratif. Son Directeur Général est un représentant de l'Etat, nommé par le gouvernement. Elle est chapeautée par un conseil national de pilotage, ayant pour fonction de veiller à la « cohérence des politiques que les ARS ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins, de prise en charge médico-sociale, de gestion du risque ». Ce comité « valide les objectifs et les directives et s'assure de leur bonne mise en œuvre et de leur atteinte¹¹⁰¹ ».

¹⁰⁹⁵ D. TABUTEAU, *op. cit.* p. 88.

¹⁰⁹⁶ J.-M. MACÉ, *op. cit.* p. 56.

¹⁰⁹⁷ J.-M. MACÉ, *op. cit.* p. 56.

¹⁰⁹⁸ D. TABUTEAU, *Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) : des interrogations pour demain !*, Santé Publique, 2010/1 Vol. 22, p. 84.

¹⁰⁹⁹ D. TABUTEAU, *op. cit.* p. 83.

¹¹⁰⁰ C. LE PEN, *Décentralisation, déconcentration, territorialisation, ou nationalisation?* La lettre du Collège - Collège des économistes de la santé. Décembre 2009, n°4, 20ème année. p. 2. J.-M. MACÉ, *op. cit.* p. 68.

¹¹⁰¹ <http://www.ars.sante.fr/Le-Pilotage-national.89753.0.html>.

- 815.** Selon Monsieur Claude LE PEN¹¹⁰², l'instauration de l'ARS ne représenterait ni une « *décentralisation, ni une déconcentration, ni une fédéralisation, ni une régionalisation*¹¹⁰³ ». Elle s'inscrirait d'avantage, dans un mouvement d'étatisation du système de santé. Il conviendrait donc de parler de « *délégation d'autorité de l'Etat* » ou de « *régionalisation par défaut* ». Par ailleurs, le principal apport de la loi HPST, résiderait dans la fusion entre les organes régionaux de l'Assurance Maladie et de l'Etat, menant ainsi au processus de « *beveridgisation* », c'est-à-dire d'identification de l'assurance maladie à un service public¹¹⁰⁴.
- 816.** Bien qu'étant une disposition juridique issue du droit du travail, la GPECT en santé, semble enrôlé dans les méandres de la loi HPST. Cette dernière en fait un outil participant de la planification sanitaire, prescrit et porté par l'ARS. En effet, bien souvent à l'origine de l'appel à projet, l'ARS revêt à la fois les dimensions d'acteur prescripteur, fédérateur et ordonnateur du projet. A ce titre, elle dirigera nécessairement la GPECT vers les grandes orientations du PRS dont elle est porteuse. De ce fait, La GPECT fait partie intégrante du mécanisme de territorialisation de la politique de santé, conçu au plan national et piloté au niveau régional.
- 817.** Si l'ARS fait office d'organisme porteur du projet territorial, celui-ci n'aura de sens que s'il est bâti et animé par les acteurs du territoire (II).

II- Une démarche co-construite par les acteurs

- 818.** La réussite du projet territorial, repose sur la capacité de l'ARS à mobiliser et sensibiliser de nombreux acteurs aux enjeux de la GPEC. En effet, si l'ARS joue le rôle de prescripteur de la démarche, cette dernière n'en demeure pas moins construite par les acteurs de terrain.
- 819.** Parmi ces protagonistes, l'ANAP¹¹⁰⁵ distingue les « *régulateurs* », tels que l'ARS ou le Conseil Général. Les acteurs « *financeurs* » ou « *payeurs* », tels que l'Assurance maladie, la CPAM ou les mutuelles. Les « *offreurs* », regroupant les professionnels de santé et les

¹¹⁰² Claude LE PEN est un économiste de la santé, Professeur à l'Université Paris Dauphine et Président du Collège des économistes de la santé.

¹¹⁰³ C. LE PEN, *op. cit.* p. 2.

¹¹⁰⁴ C. LE PEN, *op. cit.* p. 1-3.

¹¹⁰⁵ ANAP, *op. cit.* p. 14.

structures sanitaires et médico-sociales. Enfin, les « *représentants des usagers* », gage de respect de la démocratie sanitaire. La démarche GPECT pourra également intéresser d'autres instances, garantes du respect de la législation du travail, tels que l'ARACT, la DIRECTE, les OPCA ou bien l'AFPA.

820. Devant cette liste, non exhaustive, d'acteurs potentiels, il convient de s'interroger sur la capacité de l'ARS à mettre en réseau et coordonner l'ensemble des parties prenantes au projet. Pour répondre à cette question, il convient d'établir une distinction entre « *logique prescrite*¹¹⁰⁶ » et « *logique construite*¹¹⁰⁷ », c'est-à-dire entre logique ascendante et logique descendante, dans la gestion du territoire. S'appuyant sur les travaux de Mesdames Nathalie RAULET-CROSET¹¹⁰⁸ et Isabelle VANDANGEON-DERUMEZ¹¹⁰⁹, Messieurs JOUVENOT et PARLIER¹¹¹⁰, mettent en lumière l'intérêt de cette distinction en termes de GPECT. En effet, la gestion prescrite fait référence à un « *certain nombre d'acteurs qui ont la responsabilité quant au territoire en question* ». Ce concept renvoie donc à une « *initiative des acteurs publics* », en l'espèce, à l'ARS. La gestion construite, quant à elle, fait référence « *aux acteurs non officiellement en charge du territoire, mais qui ont construit un lien avec ce territoire* ». Elle relève « *d'initiatives d'acteurs du monde de l'entreprise* », en l'occurrence des établissements sanitaires et médico-sociaux.

821. Madame Isabelle VANDANGEON-DERUMEZ¹¹¹¹, souligne l'intérêt d'assurer un équilibre et une complémentarité entre ces deux notions. D'autres auteurs, rappellent également l'intérêt d'instaurer un compromis entre ces deux sources de régulation, l'une qualifiée de « *contrôle* », l'autre d'« *autonome* ». Une « *régulation conjointe* » est donc nécessaire afin de parvenir à un « *ensemble de règles acceptables par les deux parties*¹¹¹² ».

¹¹⁰⁶ C. JOUVENOT, M. PARLIER, *op. cit.* p. 8. CEREQ, *op. cit.* p. 50.

¹¹⁰⁷ C. JOUVENOT, M. PARLIER, *op. cit.* p. 8. CEREQ, *op. cit.* p. 50.

¹¹⁰⁸ N. RAULET-CROSET, *La dimension territoriale des situations de gestion*, *Revue française de gestion*, 2008, n°184, p. 137-150.

¹¹⁰⁹ I. VANDANGEON-DERUMEZ, *Changement prescrit et changement construit: la conduite des processus de changement et les logiques d'actions sous-jacentes*. <http://www.strategie-aims.com/events/conferences/15-viiieme-conference-de-l-aims/themes>. I. VANDANGEON-DERUMEZ, *La dynamique des processus de changement*. *Revue française de gestion*, 1998, n° 120, p. 120-138.

¹¹¹⁰ CEREQ, *op. cit.* p.50.

¹¹¹¹ I. VANDANGEON-DERUMEZ, *op. cit.*

¹¹¹² J.-D. REYNAUD, *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Armand Colin, 1989-1997, 306 p. CEREQ, *op. cit.* p. 51.

- 822.** Ces données, issues de recherches en gestion des organisations, démontrent à quel point il convient de combiner ces deux logiques dans la gouvernance d'un projet de GPECT. En effet, il semble opportun d'établir un équilibre entre logique prescrite et logique construite, pour tendre vers une vision commune et dynamique du territoire. Certes, en tant qu'acteur fédérateur, l'ARS prescrit des objectifs, conformément aux orientations du PRS. Cependant, sur le terrain, la démarche GPECT est construite par des établissements actifs, impliqués et porteurs de projets.
- 823.** Dès lors, les divers acteurs du projet ne sont liés entre eux, ni par des relations hiérarchiques, ni par de quelconques liens de nature « *clanique*¹¹¹³ ». En revanche, ils sont unis par des liens pouvant être qualifiés de « *faibles*¹¹¹⁴ ». La coopération, nécessaire à tout projet de GPECT, n'est donc pas prescrite. Elle s'élabore et se construit progressivement au gré des négociations et réunions entre acteurs.
- 824.** C'est en construisant la démarche GPECT, que les acteurs vont en faire un outil innovant, adapté au secteur sanitaire. En effet, ainsi que l'a précisé Monsieur Xavier BERTRAND, lors d'un séminaire national consacré au sujet, « *la GPECT nécessite des actions concrètes et adaptées à la fois aux besoins des entreprises et à ceux du bassin d'activité. C'est un enjeu qui appelle, pour les politiques publiques et les acteurs locaux, des partenariats au service de l'innovation.*¹¹¹⁵ ». La GPECT apparaît donc comme étant une « *démarche concrète, adaptée et innovante* »¹¹¹⁶.
- 825.** Les sociologues de l'innovation se sont attachés à définir les facteurs de succès ou d'échec d'un acte innovant. Selon eux, adopter une innovation, c'est nécessairement l'adapter.

¹¹¹³ N. RAULET-CROSET, *La construction d'une action publique locale en matière de sécurité : territoires d'action et choix organisationnels*. GREGOR (Groupe de Recherche en Gestion des Organisations), cahier de recherche n°2006-03, p. 6/14. <http://gregoriae.univ-paris1.fr/accueil/>. Par « *liens de nature clanique* », l'auteur fait référence au partage de valeur et de normes.

¹¹¹⁴ Nathalie RAULET-CROSET fait référence aux travaux réalisés par le sociologue Américain Marc GRANOVETTER. M. GRANOVETTER, *The strength of weak ties. A network theory revisited*, extrait de *Social structure and network analyses*, Marsen/lin, Sage publication, London. 1982.

¹¹¹⁵ Propos tenus par Xavier BERTRAND le 21 novembre 2011, lors du séminaire national consacré à la GPECT. Ce séminaire s'est tenu à Nîmes, en partenariat avec le DIRECCT et pôle emploi Languedoc-Roussillon.

¹¹¹⁶ Selon Nathalie HANET, Directrice collectivités territoriales et partenariats Pôle emploi, « *la GPECT n'est pas une méthode institutionnalisée mais une démarche concrète, adaptée, innovante.* » 21 novembre 2011, Séminaire national consacré à la GPECT.

« Cette adaptation résulte d'une élaboration collective, fruit d'un intéressement de plus en plus large¹¹¹⁷ ».

826. Ainsi, même si la GPECT est prescrite par l'ARS, elle devra nécessairement être adaptée et construite par les acteurs de terrain, car, il ne peut y avoir de projet innovant, sans adaptation du projet initial. Pour mener à bien la GPECT, il convient de « *Privilégier la construction collective de solutions innovantes* »¹¹¹⁸.

827. La démonstration du lien entre logique prescrite, construite et démarche innovante, doit être illustrée par un exemple concret de GPECT menée en Languedoc-Roussillon (§2).

§2- Exemple de GPECT en Languedoc-Roussillon

828. Le modèle de GPECT menée en Languedoc-Roussillon démontre l'existence d'un équilibre entre tutelle et travail de terrain. Elle représente un exemple réussi de GPECT construite par la FHP, financée par des fonds publics, avec l'assentiment des tutelles. Dès lors, nous nous intéresserons au contexte régional (I) concourant à la mise en œuvre de cette démarche, répondant aux besoins régionaux (II).

I- Contexte régional

829. La réussite d'une démarche GPECT de qualité, repose sur un solide partenariat d'acteurs et d'organismes parfois hétéroclites, mais toujours animés de la même volonté en termes de gestion territoriale des emplois et des compétences.

830. Afin d'illustrer ce partenariat, nous nous appuyons sur la démarche territoriale de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) Languedoc-Roussillon initiée en 2007. En effet, il s'agit d'un parfait exemple de GPECT, prescrite par la tutelle et construite par les acteurs de

¹¹¹⁷ M. AKRICH, M. CALLON, B. LATOUR, *A quoi tient le succès des innovations? le choix des portes parole, Gérer et Comprendre*. 1988, Annale des Mines, 12, pp. 14-29. p. 1-2. Selon ces auteurs, "est innovatrice une organisation ou un ensemble d'organisations qui favorisent les interactions, les allers et retours permanents, les négociations en tous genres, qui permettent l'adaptation rapide".

¹¹¹⁸ Lors de séminaire nationale relatif à la GPECT, Isabelle EYNAUD-CHEVALIER, chef du service des politiques de l'emploi et de la formation professionnelle à la DGEFP, a rappelé, en guise de conclusion, qu'il convenait de "privilégier la construction collective de solutions innovantes".

terrain. Réalisée à grande échelle, elle réunit 109 établissements du secteur santé-retraite, dont 76 cliniques, 29 EHPAD, 1 HAD, et 3 organismes de gestion, mêlant ainsi secteur sanitaire et médico-social.

831. Cette démarche dite « *sur mesure* », est particulièrement originale, car elle a fait l'objet d'une initiative de la FHP, et d'un financement de la Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle¹¹¹⁹ (DRTEFP) ainsi que du Fonds Social Européen. Bien sûr, ce projet est conforme à la volonté des tutelles, c'est-à-dire du Conseil Régional et de l'ARH, souhaitant améliorer les pratiques de gestion des ressources humaines au sein des établissements. Pour autant, il a bien été construit et porté par la FHP et l'OPCA de branche FORMAHP. Monsieur Lamine GHARBI¹¹²⁰, Président de la FHP, précise d'ailleurs à ce sujet que, « *certes cofinancée par des fonds publics, cette démarche (...) est une initiative purement privée. Notre secteur montre une fois encore sa capacité à prendre en main sa destinée et à analyser le présent pour mieux anticiper sur l'avenir* »¹¹²¹. Pour bien comprendre l'intérêt et les enjeux d'une telle démarche, intéressons-nous au contexte régional concourant à sa mise en œuvre.

832. La GPECT en Languedoc-Roussillon, a été initiée dans le cadre du Contrat de Plan Régional De La Formation Professionnelle (CPRDFP), et plus spécifiquement, du Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales. Ce schéma est élaboré, conformément au transfert de compétences prévu par la loi du 13 août 2004 relatives aux libertés et responsabilités locales, entre l'Etat et la Région. Ainsi, l'article 73 de la loi, transfère aux régions une liste de professions sanitaires et paramédicales, dont la formation entre dans le cadre de la décentralisation. Le schéma Régional des formations sanitaires et sociales Languedoc-Roussillon 2007-2011¹¹²², dresse un portrait de ce territoire qu'il paraît opportun d'étudier, dans le cadre de mise en œuvre d'une GPECT.

¹¹¹⁹ La Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, est devenue la DIRECCTE depuis le 1er janvier 2010.

¹¹²⁰ Lamine GHARBI est Président National du syndicat des cliniques de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (FHP-MCO).

¹¹²¹ FHP Languedoc-Roussillon, *L'emploi, préoccupation majeure des cliniques privées du LR*. DIALOGUE, le bulletin d'information de la FHP-LR aux salariés. Décembre 2008, n°4. p. 1

¹¹²² Conseil Régional Languedoc-Roussillon, *Schéma Régional des formations sanitaires et sociales 2007-2011*. 85p.

- 833.** Nous constatons que la région a connu un taux d'évolution démographique de 5.9%, entre 2000 et 2004. Cette évolution supérieure à la moyenne nationale¹¹²³ est principalement induite par les phénomènes de migration, et concerne majoritairement les zones urbaines. La population du territoire est également vieillissante. En effet, la proportion des personnes âgées de 75 ans, d'un taux de 9.2% en 2002, est estimée à 14% en 2030. La région compte également, une part importante de personnes en situation de fragilité sociale, bénéficiaires des prestations sociales et des minima-sociaux.
- 834.** Pour autant, selon l'INSEE, le secteur social, médico-social et sanitaire représente une part importante de l'économie régionale. Il emploie environ 100 000 personnes, soit plus de 12.4% d'actifs dans la région, contre 10.5% sur le territoire national. Le secteur sanitaire rassemblant 56% de ces emplois.
- 835.** Précisons que la densité des professionnels paramédicaux est très largement supérieure à la moyenne nationale, à l'exception de celle des psychomotriciens et des opticiens lunetiers. La densité des professions dont l'exercice se pratique en libéral, tels que les infirmiers libéraux, est également très supérieure à la moyenne nationale¹¹²⁴. Corrélativement, ces chiffres expliquent que la densité des professions d'infirmiers salariés est inférieure à celle de la France métropolitaine, bien que les taux d'équipements régionaux s'approchent de la moyenne nationale. Ils expliquent également les difficultés de recrutement de certains établissements situés dans des zones peu attractives. Par ailleurs, le Schéma Régional souligne un important vieillissement des professionnels paramédicaux, dont un quart a plus de 50 ans.
- 836.** En outre, il est intéressant de préciser que si le nombre de diplômés a fortement augmenté pour les professions d'aides-soignants, infirmiers diplômés d'Etat, cadres de santé et ambulanciers, tel n'est pas le cas dans toutes les professions. Ainsi, nous constatons que ce chiffre n'a que très peu augmenté au sein des professions de puéricultrices, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, manipulateurs en électroradiologie, sages-femmes et infirmiers spécialisés.

¹¹²³ Entre les années 2000 et 2004, le taux d'évolution national de la population était de 2.6%.

¹¹²⁴ La densité des infirmiers libéraux en Languedoc-Roussillon est deux fois plus élevée qu'en France.

837. Enfin, soulignons que le Languedoc-Roussillon représente une région très attractive pour les professionnels formés dans d'autres régions. Il est ainsi fait état d'une évolution croissante du nombre de professionnels formés à l'extérieure du territoire¹¹²⁵.
838. En définitive, c'est dans un contexte régional de croissance démographique, mais aussi de vieillissement et fragilité sociale de la population, que le secteur sanitaire se développe en Languedoc-Roussillon. Il représente une proportion importante de l'économie, dans une région dont l'attractivité est manifeste, pour les professionnels formés dans d'autres régions. C'est dans ce cadre, que la FHP a initié une démarche GPECT, dont l'enjeu sera de répondre aux problématiques mises en lumière au sein du Schéma Régional de formations sanitaires et sociales. Ces données chiffrées permettront aux établissements d'avoir une vision régionale des besoins (II).

II- Une démarche répondant aux besoins régionaux

839. Pour ce projet GPECT, les partenaires ont créé 8 petits territoires, qualifiés de « *réseaux*¹¹²⁶ » et correspondant aux territoires de santé ainsi qu'aux territoires de mobilité au sein de ces derniers. Ces 8 réseaux sont répartis sur 4 départements. Ainsi, on distingue les réseaux Aude, Gard, Béziers-Hauts Cantons (Hérault), Sète-Pézenas (Hérault), Montpellier Ouest (Hérault), Montpellier Est (Hérault), Cerdagne (Pyrénées Orientales) et Perpignan (Pyrénées Orientales).
840. La démarche repose sur une méthode de diagnostic particulière, mêlant les actions collectives et individuelles. Elle consiste à créer des « *diagnostics réseaux* » au sein des établissements des territoires. Un diagnostic collectif, destiné à créer une « *synergie collective* », est effectué à partir d'un état des lieux individuel. A partir de chaque établissement, ce diagnostic permet donc de déterminer les enjeux de la GPEC au sein des territoires. Précisons que des formations individuelles et collectives aux outils et méthodes de la GPEC, ainsi qu'en gestion des ressources humaines, ont été organisées à destination des équipes de direction, d'encadrement et des institutions représentatives du personnel.

¹¹²⁵ Conseil Régional Languedoc-Roussillon, *Schéma Régional des formations sanitaires et sociales 2007-2011*, p. 12-19.

¹¹²⁶ ANAP, *Améliorer la gestion des ressources humaines - La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences - Recueil des pratiques observées*, 2011, p. 37.

841. La GPECT menée par la FHP, présente l'intérêt d'avoir été réalisée à grande échelle. Elle a facilité la rencontre d'acteurs hétérogènes, en termes de taille et d'activité, sur des zones géographiques distinctes. Ce « *melting pot* » d'acteurs, pour le moins réussi, représente une réelle opportunité pour chaque établissement pouvant se confronter aux méthodes, pratiques et cultures d'autres structures. Ces acteurs issus d'horizons différents, ont ainsi pu « *partager* » autour d'objectifs communs, et mutualiser leurs moyens en termes de formations.
842. La diversité des partenaires¹¹²⁷, des établissements et des professionnels participant au projet¹¹²⁸, n'a certes pas facilité l'appropriation de la démarche mais a permis de créer un véritable réseau de professionnels, voués à développer un projet commun de GPEC.
843. A partir du contexte régional, et des données issues du Schéma Régional de Formations Sanitaires et Sociales, nous proposons d'établir un cadre d'analyse, ainsi que des pistes de réflexions, autour du processus GPECT menée en Languedoc-Roussillon.
844. En effet, la démarche GPECT doit avoir pour objectifs de permettre au secteur sanitaire de répondre aux besoins de la population régionale, en s'assurant de la qualité et de la quantité du personnel formé. Ainsi que le précise Monsieur Lamine GHARBI, « *grâce à la GPEC nous pourrions pallier la pénurie de personnels diplômés* ». Selon lui, « *les effectifs d'aujourd'hui ne suffiront pas demain si rien n'est entrepris* ». « *Il y a donc urgence à former, à recruter, à orienter, à qualifier. Ce travail stratégique est fondamental* »¹¹²⁹.
845. Dès lors, il convient de s'attacher à définir et à développer les formations adaptées aux personnels, telles que la formation initiale, l'apprentissage, la formation continue ou la VAE, permettant bien souvent de régulariser la situation des « *faisant-fonction* ». Ce travail est l'occasion de miser sur les enjeux de la réforme Licence-Master-Doctorat, ainsi que sur le développement des passerelles entre formations, par exemple, entre aide-soignant, auxiliaire de puériculture ou auxiliaire de vie sociale. Par ailleurs, il est nécessaire d'intégrer à la démarche, les problématiques de quotas et de numérus clausus venant limiter le nombre d'étudiants admis dans certains cursus¹¹³⁰.

¹¹²⁷ SYNERPA, Cabinet d'audit et de conseil: Formation conseil santé.

¹¹²⁸ IRP, DRH, personnel d'encadrement.

¹¹²⁹ FHP Languedoc-Roussillon, *L'emploi, préoccupation majeure des cliniques privées du LR*. DIALOGUE, le bulletin d'information de la FHP-LR aux salariés. Décembre 2008, n°4. p. 1.

¹¹³⁰ Conseil Régional Languedoc-Roussillon, *op. cit.* p. 32.

- 846.** La formation du personnel doit permettre de fournir une offre adaptée aux besoins en termes de croissance démographique, de vieillissement de la population et corrélativement d'accroissement des situations de dépendance. Les formations proposées doivent donc s'adapter aux nouveaux métiers de la santé ainsi qu'aux nouvelles technologies telles que la télémédecine. C'est dans ce contexte qu'il convient de former du personnel compétent, sensibilisé à la notion de savoir-être, et intervenant directement au domicile des patients, via l'HAD¹¹³¹.
- 847.** Par ailleurs, la pyramide des âges représente un outil efficace, permettant d'analyser et d'anticiper les prochains départs à la retraite par professions. Une attention toute particulière doit d'ailleurs être portée à l'égard des offres de formation et de recrutement des opticiens-lunetiers, audioprothésistes, pédicures, podologues, masseurs-kinésithérapeutes et aides soignant, dont plus de 10% des effectifs ont plus de 55 ans¹¹³².
- 848.** Notons également que la démarche peut très certainement s'orienter vers l'amélioration des conditions de travail des professionnels, afin de contrecarrer les déficits d'attractivité de certaines professions telles qu'aide-soignant¹¹³³.
- 849.** Enfin, précisons que la mise en œuvre d'une démarche GPECT transversale, mêlant les établissements des secteurs sanitaires et médico-sociaux, revêt d'autant plus d'intérêt dans les régions frappées par la précarité et le développement de la dépendance, où doit pouvoir s'exprimer pleinement le décroisement entre secteur sanitaire, social et médico-social¹¹³⁴.
- 850.** Au regard de cet exemple, on constate qu'une GPECT réussie, repose sur la création d'une synergie entre établissements, laquelle synergie ne peut être induite que par la mobilisation de nombreux acteurs. Ainsi, chacun devra s'approprier la démarche, y compris les salariés qui devront voir en la GPEC, un moyen de faire évoluer leur propre trajectoire professionnelle. A ce titre, précisons que la FHP Languedoc-Roussillon s'est engagée dans un partenariat avec le club d'entreprise, « *FACE Hérault* », afin de promouvoir l'égalité des chances dans le travail, au sein du département de l'Hérault. Ce partenariat, destiné à recruter, former et lutter contre les discriminations à l'embauche, ne fait pas parti du processus GPECT.

¹¹³¹ Conseil Régional Languedoc-Roussillon, *op. cit.* p. 30-34.

¹¹³² Conseil Régional Languedoc-Roussillon, *op. cit.* p. 30-37.

¹¹³³ Conseil Régional Languedoc-Roussillon, *op. cit.* p. 30-37.

¹¹³⁴ Conseil Régional Languedoc-Roussillon, *op. cit.* p. 30-37.

Pour autant, il aurait été intéressant de l'envisager à plus grande échelle et de l'y intégrer, via l'amélioration des conditions de travail, qui ne l'oublions pas, est un facteur d'amélioration de la qualité des soins, finalité majeure de toute démarche GPEC.

Conclusion Section 2

851. La démarche partenariale apparaît donc comme étant complémentaire à la démarche territoriale. Un territoire pertinent n'a d'intérêt qu'en présence d'un partenariat efficient, mêlant différents types d'acteurs dits, « *régulateurs* », « *financeurs* », « *offreurs* » ou « *représentants des usagers* ». En toutes hypothèses, chacun devra être animé par la même volonté de faire vivre le territoire et la GPECT.

Conclusion chapitre

852. La GPECT est une démarche que chacun doit bâtir vers une vision commune du territoire. Elle doit donc satisfaire un objectif partagé. Assurément, le but de cette démarche territoriale et partenariale est de tendre vers la réduction des inégalités de santé, en termes de densité médicale, de couverture du territoire et d'attractivité.

853. Dans son aspect territorial, la GPEC est une mesure faisant partie de la territorialisation des politiques de santé. Accompagnée par l'ARS, elle devient un partenaire de premier ordre, œuvrant en faveur de l'équité dans l'accès aux soins.

CHAPITRE SECOND

LA GPEC TERRITORIALE, UNE « GÉOGRAPHIE » PRÉVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES COMPÉTENCES

- 854.** A travers ce chapitre, nous démontrerons l'existence de liens étroits unissant GPECT, géographie de la santé et géographie du bien-être. Nous constaterons que la GPECT doit s'appuyer sur les travaux des géographes, afin d'établir un diagnostic territorial précis de l'état de santé des populations et des difficultés d'accès aux soins. Ce diagnostic territorial des inégalités d'hier et d'aujourd'hui, permettra aux acteurs de la GPEC de jeter un regard vers l'avenir et d'anticiper les fractures territoriales de demain. Plus qu'un outil de diagnostic, la géographie de la santé constitue également un outil d'anticipation des inégalités permettant de gérer de manière proactive les emplois et les compétences du territoire.
- 855.** Ainsi qu'il nous plaît de la nommer, cette « *Géographie* » Prévisionnelle des Emplois et des Compétences, doit contribuer à combler les écarts dans l'accès aux soins, en adaptant l'offre de santé aux besoins du territoire.
- 856.** En effet, aujourd'hui, « *réduire les inégalités de santé est (...) devenu un impératif éthique* »¹¹³⁵. L'injustice, qu'elle soit sociale ou territoriale « *tue à grande échelle* ». Dès lors, si la territorialisation des politiques de santé impose la mise en œuvre d'une analyse géopolitique du territoire, en quoi la GPECT relève-t-elle de cette même analyse? Dans quelle mesure les travaux des géographes de la santé participent-ils de la GPECT? Corrélativement, dans quelle mesure la GPECT peut-elle contribuer à réduire les inégalités de santé ?
- 857.** En tout état de cause, la GPECT en santé doit être « *force de proposition* » et tendre vers un objectif de plus grande équité territoriale et de justice sociale. Telle une pierre à

¹¹³⁵ Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Genève, OMS, 2008.

l'édifice, elle participe indéniablement de la construction d'un espace de qualité et de bien-être, accessible à tous.

858. La GPECT trouve donc une place de partenaire de premier ordre, entre la géographie de la santé et la géographie du bien-être. Pour satisfaire à l'idéal républicain d'égal accès aux soins pour tous et partout, elle doit s'appuyer sur les travaux des géographes de la santé, ainsi que sur la notion souvent considérée comme utopiste de géographie du bien-être. Ce n'est qu'à ce prix qu'elle pourra introduire l'éthique dans la politique de gestion des ressources humaines du territoire et tendre à réduire les inégalités de santé dans l'accès aux soins.

859. Ce chapitre sera donc l'occasion de nous intéresser au lien d'articulation entre GPECT et géographie de la santé (Section I), puis entre GPECT et géographie du bien-être (Section II).

Section 1- Articulation entre GPECT et géographie de la santé

860. La GPECT apparaît comme étant consubstantielle à la géographie de la santé. En ce sens, elle devient une véritable « *Géographie* » Prévisionnelle, permettant d'établir une « *photographie* » des emplois et des compétences du territoire, et de gérer les écarts entre l'offre de soins réelle et les besoins attendus.

861. La géographie de la santé constitue un outil d'aide à la décision, reposant sur une méthode diagnostic. L'élaboration de ce diagnostic territorial est indispensable à la mise en œuvre d'une démarche proactive. En effet, l'analyse géopolitique du territoire constitue, certes, un outil d'identification et de diagnostic, mais plus encore, un outil d'anticipation des zones sinistrées en termes de démographie médicale. Elle va notamment permettre d'identifier les particularités géographiques et démographiques d'un territoire, situé par exemple en zone rurale et montagnarde, ou composé majoritairement de personnes âgées. Ce diagnostic territorial va ensuite permettre d'anticiper les évolutions et les fractures territoriales, notamment en mettant en œuvre des solutions de proximité adaptées aux personnes âgées, moins mobiles que d'autres populations. Dès lors, la GPECT a besoin du diagnostic territorial des géographes de la santé, afin d'anticiper les mutations démographiques du territoire, et ainsi gérer de manière proactive les emplois et les compétences de ce même territoire.

862. Au sein de cette première section, nous constaterons donc que la géographie de la santé est un outil de diagnostic des inégalités d'aujourd'hui (§1), ainsi qu'un outil d'anticipation des inégalités de demain (§2).

§1- La géographie de la santé: un outil de diagnostic des inégalités d'aujourd'hui

863. Les travaux des géographes de la santé sont nécessaires au diagnostic territorial de la GPECT. Ces deux disciplines sont donc intimement liées. La première est un outil de diagnostic permettant de jeter un regard sur le passé et le présent. La deuxième permet de tirer les conséquences de ces constats et d'anticiper l'avenir en termes d'emplois et de compétences.
864. Nous nous attacherons donc à définir cet outil de diagnostic territorial (I), en lien avec la GPECT (II)

I- La géographie de la santé : un outil de diagnostic territorial

865. C'est grâce aux travaux des géographes de la santé, que les acteurs du territoire pourront établir un diagnostic précis de l'état de santé de leur population et des inégalités. Ce diagnostic territorial est indispensable à l'élaboration de la stratégie GPEC. La géographie de la santé prend donc toute sa dimension dans le cadre de la GPECT. Plus qu'un outil de diagnostic préalable, elle est également un outil d'anticipation permettant de déterminer les fractures géographiques de demain.
866. Souvent mal perçue par les géographes, la géographie de la santé à longtemps été considérée comme « *déterministe et classique* », voire « *non géographique* »¹¹³⁶. A l'interface entre médecine et épidémiologie¹¹³⁷, elle apparaît comme étant un outil de planification sanitaire et d'aide à la décision. « *La place irremplaçable de la géographie de la santé est dans la localisation exacte des problèmes et des besoins et l'explication de ces*

¹¹³⁶ E. VIGNERON, *La géographie de la santé: un agenda qui se précise*. In espace, populations, sociétés, 1995-1. La géographie de la santé en question. pp. 31-41.

¹¹³⁷ E. VIGNERON, *op. cit.* L'auteur clarifie les rapports entre géographie de la santé et épidémiologie.

localisations »¹¹³⁸. Elle permet de comprendre pourquoi les habitants d'une région sont en meilleure santé qu'une autre, et ce en identifiant leur comportement. Il ne s'agit donc plus d'identifier les facteurs de risque d'une maladie, mais d'identifier les lieux où l'on peut s'attendre à un fort taux de pathologie, en raison du comportement de ses habitants. La géographie de la santé permet de « réconcilier » nature et culture¹¹³⁹. En effet, selon Messieurs A. BAILLY et H. BEGUIN, « les territoires ne sont rien d'autre que ce fruit de la rencontre de la nature et de la culture. Nous soutenons que la santé des hommes en est une des dimensions essentielles et que la géographie de la santé est de plain-pied avec cette nouvelle géographie recentrée »¹¹⁴⁰.

867. Afin de bien comprendre l'intérêt du lien entre GPECT et géographie de la santé, intéressons-nous à l'évolution historique de cette discipline. La géographie médicale trouve ses origines dans les travaux de Maximilien SORRE qui fût le premier à développer le concept de « complexe pathogène »¹¹⁴¹. Il soutenait que le milieu pouvait constituer un « agent vecteur de maladie ». Il intégrait également à ses analyses les modes de vie des populations des régions concernées¹¹⁴².

868. Pour autant, bien avant que les géographes ne s'en préoccupent, certains auteurs avaient déjà manifesté leur intérêt pour la topographie médicale. Au III^{ème} siècle avant Jésus Christ, Hippocrate précisait dans son traité « *Des aires, des eaux et des lieux* », « le médecin considèrera: 1°. Les saisons dans leurs révolutions régulières et dans les vicissitudes ou intempéries que chacune d'elles peut éprouver pendant son cours; 2°. les vents partagés en ceux qui sont communs à tous les pays et ceux qui règnent tout particulièrement dans une contrée; 3°. les qualités des eaux; 4°. la situation de la ville dans laquelle il vient exercer pour la première fois; 5°. enfin il s'informerait du régime des individus qu'il aura à soigner".

¹¹³⁸ E. VIGNERON, *op. cit.* p. 33.

¹¹³⁹ E. VIGNERON, *op. cit.* p. 35.

¹¹⁴⁰ E. VIGNERON, *op. cit.* p. 35. A. BAILLY, H. BEGUIN, *Introduction à la géographie humaine*, Masson, 1992, pp. 57-72.

¹¹⁴¹ Le concept de "complexe pathogène" est aujourd'hui l'un des fondements de l'épidémiologie.

¹¹⁴² S. FLEURET, R. SECHET, *Géographie sociale et dimension sociale de la santé*. Texte pour colloque ESO. p. 1-7. Sébastien FLEURET est chargé de recherche à l'université d'Angers, l'UMR 6590 « *Espaces et Sociétés* ». Raymonde SECHET est professeure à l'université Rennes 2, UMR 6590 « *Espaces et Sociétés* ». <http://eso.cnrs.fr/spip.php?article309>.

"Par régime il ne faut pas comprendre seulement les aliments solides et les boissons, mais (...) le genre de vie tout entier »¹¹⁴³.

869. Dans « *De L'Esprit des Lois* », MONTESQUIEU défend également la « *théorie des climats* » et le déterminisme climatique. Selon lui, l'homme est influencé par son climat. « *Ce sont les différents besoins dans les différents climats, qui ont formé les différentes manières de vivre; et ces différentes manières de vivre ont formé les diverses sortes de lois* »¹¹⁴⁴.

870. Un peu plus tard, au XIX^{ème} siècle, Louis-René VILLERME dresse un « *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie* »¹¹⁴⁵. Il y dénonce les conditions de travail des enfants, et souligne les inégalités face à la mort. Ce texte sera d'ailleurs à l'origine de la loi de 1841 limitant le temps de travail des enfants¹¹⁴⁶. A l'identique, dans « *La situation de la classe laborieuse en Angleterre* », ENGELS présente la ville industrielle moderne comme un « *district ouvrier* » où règne la misère.

871. Dans les années 1990, la notion anglo-saxonne de « *medical geography* »¹¹⁴⁷ a progressivement cédé la place à l'expression « *geography of health* »¹¹⁴⁸. Robin KEARNS a également proposé d'utiliser le terme de « *post-medical geography of health* »¹¹⁴⁹ qu'il définit comme étant la géographie culturelle du bien-être.

872. La manière d'envisager la géographie de la santé a donc beaucoup évolué. Elle a d'abord été considérée comme un moyen d'améliorer la médecine tropicale. Par la suite, l'analyse combinée des données médicales, économiques et populationnelles a permis aux

¹¹⁴³ C. DAREMBERG, *Hippocrate : le serment : la loi : de l'art : du médecine : prorrhétiques : le pronostic : prénotions de Cos : des airs, des eaux et des lieux : épidémies, livres I et III : du régime dans les maladies aiguës : aphorismes : fragments de plusieurs autres traités*. 1843, Lefèvre, 566 pages. p. 174.

¹¹⁴⁴ MONTESQUIEU, *De L'Esprit des Lois*, 3^{ème} partie, Livre XIV, Chap. X. 1748.

¹¹⁴⁵ L.- R. VILLERME, *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*. Editions de l'Atelier, 1989 - 670 pages.

¹¹⁴⁶ Loi du 22 mars 1841 relative au travail des enfants employés dans les manufactures, usines ou ateliers.

¹¹⁴⁷ Géographie médicale.

¹¹⁴⁸ Géographie des soins.

¹¹⁴⁹ R. KEARNS, *Place and Health: toward a reformed medical geography*. Professional Geographer, volume 45, n°2, 1993. p. 139-147.

géographes d'identifier l'offre et les besoins de santé sur un territoire. L'analyse spatiale a également permis d'établir un lien entre l'état de santé d'une population et des indicateurs territoriaux, ceci afin de structurer les systèmes de santé. Aujourd'hui, la géographie de la santé met d'avantage en lumière l'impact des facteurs sociaux tels que les conditions de travail et de vie, sur la santé des populations¹¹⁵⁰. Monsieur Wilbert GESLER établit d'ailleurs le lien entre le lieu et guérison en faisant référence à la notion de « *paysage thérapeutique* »¹¹⁵¹. Selon l'auteur, ces paysages ont « *une réputation durable dans la réalisation du processus de guérison physique, mental ou spirituel* »¹¹⁵².

873. L'évolution de la géographie de la santé ainsi que l'intérêt des auteurs pour cette problématique témoigne de l'importance de la territorialisation des questions de santé. Les inégalités territoriales « *profondes* » ne sont pas nouvelles et « *se creusent* » au fil des années¹¹⁵³. Elles touchent des populations de malades habitant des zones qualifiées de « *déserts médicaux* » ou de « *fractures territoriales* », parfois urbaines, rurales ou dépeuplées. La territorialisation de la santé publique est donc manifeste et ne peut être ignorée. Conscient de cette problématique l'Etat a d'ailleurs créé en 1963, la Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale (DATAR), ayant vocation à impulser et coordonner les politiques d'aménagement du territoire. La planification sanitaire et l'instauration des cartes sanitaires en 1970¹¹⁵⁴, auxquelles se sont substitués les territoires de santé¹¹⁵⁵, marque la préoccupation des pouvoirs publics pour ces inégalités de santé. De même, la loi HPST ne laisse place à aucune équivoque. Elle énonce clairement dans son article 118, que les ARS « *veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population* »¹¹⁵⁶. Plus récemment, le Pacte de confiance de l'hôpital, dont la mission est de formuler des propositions pour rénover le

¹¹⁵⁰ S. FLEURET, R. SECHET, *op. cit.*

¹¹⁵¹ W. GESLER, *Therapeutic landscapes: Medical issues in light of the new cultural geography*. Social Science & Medicine, volume 34, n°7, 1992. p. 735-746.

¹¹⁵² W. GESLER, *Healing Places* Lanham. Rowman & Littlefield Publishers, 2003, p. 9.

¹¹⁵³ E. VIGNERON, *Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français*, *Les Tribunes de la santé*, 2013/1 n° 38, p. 41-53.

¹¹⁵⁴ Loi BOULIN du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

¹¹⁵⁵ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

¹¹⁵⁶ Selon l'article 118 de la loi HPST, les ARS sont chargées de « *réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé.* » « *A ce titre, elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population* ».

dialogue avec la communauté hospitalière, préconise de « *favoriser le développement de missions territoriales de service public* »¹¹⁵⁷, afin d'améliorer la réponse aux besoins de santé de la population sur le territoire. Le rapport incite à la mise en œuvre d'une « *synergie territoriale* »¹¹⁵⁸ rassemblant les acteurs de santé partageant les valeurs et les obligations de service public sur un territoire, les acteurs du social ainsi que les collectivités territoriales. Il propose également de développer une « *approche de responsabilité populationnelle* »¹¹⁵⁹ ou responsabilité partagée, dont l'objectif est l'accès de tous à la santé sur leur territoire. Cette responsabilité populationnelle est une responsabilité à l'égard de tous les usagers du territoire. Afin de satisfaire à cet objectif, une démarche proactive doit donc être menée afin de réduire les inégalités et favoriser l'accès aux soins aux populations les plus démunies.

874. Les travaux des géographes de la santé sont d'autant plus importants, qu'ils s'inscrivent dans un mouvement général de territorialisation des politiques de santé publique et notamment de la GPEC. Outils de diagnostic territorial par nature, ces travaux vont permettre de constater les inégalités d'hier et d'aujourd'hui, afin d'anticiper les fractures territoriales de demain, en lien avec la GPECT (II).

II- Une méthode diagnostic en lien avec la GPECT

875. La géographie de la santé apparaît comme étant liée à la GPECT. Elle permet d'établir un diagnostic et de dresser le bilan des inégalités territoriales, ceci afin d'évaluer et d'anticiper les besoins à venir. Ce diagnostic géographique permet donc à la GPECT d'analyser les écarts entre l'offre de soins réelle et les besoins attendus.
876. En révélant les inégalités socio-spatiales et en établissant des liens étroits entre santé et agencement territorial, la géographie de la santé nourrit la GPECT. En effet, au niveau territorial, le terme « *gestion* » des emplois et des compétences ne semble plus véritablement approprié, puisqu'il s'agit davantage d'un « *partenariat* ». L'acronyme GPECT ne désigne donc plus *stricto-sensu* une « *gestion* » prévisionnelle, mais d'avantage une « *géographie* » prévisionnelle des emplois et des compétences. Cette approche originale de la GPEC

¹¹⁵⁷ Ministère des affaires sociales et de la santé, *Rapport final groupe 1. Groupe de travail sur le service hospitalier. Pacte de confiance pour l'hôpital*. Février 2013. p. 28.

¹¹⁵⁸ Ministère des affaires sociales et de la santé, *op. cit.* p. 28.

¹¹⁵⁹ Ministère des affaires sociales et de la santé, *op. cit.* p. 28.

étroitement liée à la géographie de la santé, enrichi considérablement cette discipline juridique issue des ressources humaines. En ce sens, elle devient une science ayant pour objet de décrire les emplois et les compétences du secteur sanitaire et médico-social sur un territoire.

877. Les travaux réalisés par les statisticiens et les géographes sont donc indispensables à l'élaboration d'un diagnostic utile, permettant de repérer les territoires où l'état de santé de la population est insatisfaisant. Pour réaliser ce diagnostic, il convient d'identifier les territoires, où l'espérance de vie est inférieure à celle de la moyenne nationale. En France, l'espérance de vie moyenne a progressivement augmenté. En 2013 elle était de 85 ans pour les femmes et de 78.7 ans pour les hommes¹¹⁶⁰. Pour autant, le « *French paradox* »¹¹⁶¹ fait que cette espérance de vie est très forte, alors que les inégalités de mortalité sont elles aussi très importantes. A ce sujet, soulignons que la France occupe une place relativement défavorable par rapport aux autres pays d'Europe en termes de morbidité et de mortalité cancéreuse, notamment chez les hommes et les moins de 65 ans. Cette observation de l'augmentation des cancers dénombrés est sans doute due tant à l'allongement de la durée de vie qu'à l'amélioration des dépistages de la maladie. En Ile-de-France, les cancers du poumon pour les hommes, et du sein pour les femmes, constituent les premières causes de décès par cancer. La région présente une surmortalité pour ces deux cancers chez la femme. En effet, la mortalité féminine par cancer du poumon est très prononcée en Ile-de-France. Cette surmortalité est présente dans huit départements franciliens et notamment à Paris, où l'on observe le taux de mortalité par cancer du poumon le plus élevé de France.¹¹⁶² L'Ile-de-France est également mal placée en termes de mortalité par cancer du sein avec une surmortalité de 9% pour les femmes, par rapport à la moyenne nationale. Dès lors, l'Ile-de-France peut être découpée en 29 « *territoires sanitaires vécus* » au sein desquels morbidité hospitalière et mortalité par cancer du sein varient fortement.¹¹⁶³

¹¹⁶⁰ Ined: http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/france/mortalite_causes_deces/esperance_vie/.

¹¹⁶¹ INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), *Agences Régionales de Santé. Les inégalités sociales de santé*. Sous la direction de Bernard BASSET. p. 15

¹¹⁶² Précisons que la région Ile-de-France connaît un taux de surmortalité de 60% par rapport à la moyenne nationale. A contrario, le taux de mortalité par cancer du poumon est un des plus bas de France chez l'homme (Moins 14% par rapport à la moyenne nationale).

¹¹⁶³ P. PEPIN, J.-M. MACÉ, *Atlas de la santé en Ile-de-France, les pathologies et les facteurs de risque*, fiches 3 et 4, p. 38-39, septembre 2005.

878. Bien qu'en France, les maladies cardio-vasculaires représentent la première cause de mortalité, le premier motif d'admission en affection de longue durée ainsi que le troisième motif d'hospitalisation, les études internationales démontrent cependant que la France présente le plus faible taux de mortalité cardio-vasculaire en Europe. Cette sous-mortalité est certainement induite par le comportement alimentaire relativement favorable des français ainsi que par une prise en charge efficace. Précisons que le taux de mortalité cardiaque est plus élevé dans les pays du nord de la France, de la Bretagne à l'Alsace et dans le centre du pays. En revanche, ce taux reste faible dans l'ouest et le sud-ouest du pays ainsi qu'en Ile-de-France. Ainsi, la région Ile-de-France connaît également une sous-mortalité par maladie cardio-vasculaire. Si l'on confronte les taux comparatifs de mortalité cardio-vasculaire et les taux comparatifs de morbidité hospitalière dans les 63 bassins de cardiologie de la région, on s'aperçoit qu'une faible morbidité hospitalière en cardiologie, s'accompagne généralement d'une faible mortalité cardiaque. Dès lors, le centre et l'ouest de l'Ile-de-France, bénéficiant d'une population assez aisée et d'une offre en spécialistes libéraux assez importante, conjuguent faible morbidité et faible mortalité cardio-vasculaire.¹¹⁶⁴

879. Ce constat quant aux inégalités de l'état de santé des populations, pointe de fait les problématiques de « *ségrégation socio-spatiale* »¹¹⁶⁵ et la formation de déserts médicaux. Dès lors, il convient de nous intéresser à cette notion dont les contours semblent mal définis. On considère généralement que la formation des déserts médicaux est la résultante d'un manque d'effectif de médecins. Or, la France n'en n'a jamais décompté autant. En réalité, les déserts médicaux sont d'avantage liés à une inégale répartition des effectifs médicaux sur le territoire¹¹⁶⁶. Ces inégalités régionales dissimulent d'ailleurs de fortes inégalités infrarégionales. Elles font ainsi apparaître des « *zones non suffisamment desservies* ». Beaucoup se sont interrogés quant au sens donné à la notion de désert médical. En effet, il est particulièrement délicat de déterminer le seuil critique permettant d'identifier ces zones défavorisées. Monsieur H. PICHERAL définit le désert médical comme « *un espace et une*

¹¹⁶⁴ P. PEPIN, J.-M. MACÉ, *op. cit.* p. 40-41.

¹¹⁶⁵ E. VIGNERON, *Acte journées santé Travail du CISME (Centre Interservices de Santé et de Médecine du travail en Entreprise). Tome 1 – 2011. Session 1 : L'opportunité du projet de service. Analyse territoriale des besoins de santé au travail.* p. 8.

¹¹⁶⁶ K. OULD-KACI, O. LACOSTE, *Éléments pour une prospective régionale des professionnels de santé.* Observatoire régional de la santé Nord - Pas-de-Calais, 2011. p. 32-35.

population peu ou mal médicalisé »¹¹⁶⁷. D'autres considèrent cet espace comme une « zone au sein de laquelle la densité de médecins généralistes est plus faible que la moyenne nationale »¹¹⁶⁸. Certains font également référence à des critères de densité de l'activité médicale, à la géographie ou à la population d'un territoire¹¹⁶⁹. Afin de définir plus précisément cette notion, il serait très certainement opportun d'harmoniser ces différents critères, en tenant compte à la fois du nombre de médecins, de leurs caractéristiques, mais aussi des caractéristiques populationnelles¹¹⁷⁰.

880. L'adoption d'une définition objective de la notion de désert médical, est d'autant plus importante que les inégalités de santé croissent sur le territoire Français. S'il fût un temps où la France était peu mais continuellement peuplée, aujourd'hui cette cartographie a évolué. Elle est d'avantage peuplée, mais de façon très inégale, créant ainsi des disparités de santé.

881. Les études réalisées par Monsieur MACÉ relatives aux déséquilibres régionaux en 2006¹¹⁷¹, démontrent que l'offre de soins est mal répartie sur le territoire Français et que certaines disciplines souffrent d'un « manque de renouvellement de leurs forces vives ». A l'instar de la répartition de la population Française, la répartition des médecins généralistes n'est pas homogène en France. Ainsi, en Ile-de-France, on s'aperçoit que l'implantation des médecins généralistes est fortement concentrée dans Paris et dans la proche banlieue. En revanche, elle est beaucoup moins marquée en grande banlieue. Si l'on prend comme exemple le département de la Seine-et-Marne, on constate que les cabinets de médecins généralistes privilégient les communes importantes, de type Melun, Meaux, Lagny, Provins ou Coulommiers, au désavantage des plus petites. Dans ce continuum, les médecins généralistes s'installent davantage dans les quartiers les plus aisés¹¹⁷² et sécurisés.

¹¹⁶⁷ H. PICHERAL, *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*. Montpellier : Université Paul Valéry, 2001. K. OULD-KACI, O. LACOSTE, *op. cit.* p. 33.

¹¹⁶⁸ K. OULD-KACI, O. LACOSTE, *op. cit.* p. 33.

¹¹⁶⁹ N. TELLIER, M. LEO, Présentation des résultats de l'enquête en CPAM. *Démographie médicale, répartition des médecins sur le territoire*. Enjeux pour l'accès aux soins et la sécurité des usagers. Journée d'action CISS-FNATH-UNAF contre les déserts médicaux du 17 novembre 2010. OULD-KACI, O. LACOSTE, *op. cit.* p. 33.

¹¹⁷⁰ E. HUBERT, *Mission de concertation sur la médecine de proximité*. Paris : Présidence de la République, 2010. K. OULD-KACI, O. LACOSTE, *op. cit.* p. 34.

¹¹⁷¹ J.- M. MACÉ, *La menace des déséquilibres régionaux*, Les Tribunes de la santé, 2006/3 no 12, p. 45-55.

¹¹⁷² H. PICHERAL, *Médecine libérale et espace médical en France, spécialisation et besoins*, in A. BAILLY et M. PERIAT, *Médecimétrie régionale*, Paris, Anthropos, 1984, pp. 33-57.

- 882.** Dès lors, le bassin de santé, construit selon la méthode des « *flux relatifs* » ou MIRABEL, représente un véritable territoire vécu des populations et permet ainsi d'analyser la densité des médecins généralistes. Les études démontrent que cette densité est bien plus manifeste en Ile-de-France et dans le sud du pays, que dans le Nord. Pour autant, le sud de la France comporte de nombreux déséquilibres régionaux avec une faible densité médicale, notamment dans les arrière-pays de Draguignan (Var), Miramas, (Bouches-du-Rhône), Sospel (Alpes maritimes), Valréas (Vaucluse), Orthez et Saint Palais (Pyrénées Atlantiques), Lavelanet (Ariège) ou encore Prades (Pyrénées Orientales)¹¹⁷³.
- 883.** Certains territoires connaissent également un manque de renouvellement de leurs « *forces vives* ». A titre d'exemple, concernant la région Ile-de-France, le pourcentage de « *sang neuf* » reste très faible. Ainsi, en Seine-et-Marne (Tournan-en-Brie) et en Seine Saint Denis (Tremblay-en-France), on s'aperçoit que le taux de renouvellement des médecins n'est que de 10%. Dans les Yvelines et notamment à Aubergenville, ce taux est seulement de 5%.¹¹⁷⁴
- 884.** L'analyse par bassin de santé permet également d'identifier les zones géographiques fragilisées. Dès lors, les études révèlent qu'en 2006, 37 millions de Français disposent d'une densité médicale équivalente ou supérieure à la moyenne nationale avec un taux de remplacement des médecins généralistes égal ou supérieur à la moyenne nationale. Pour autant, 23 millions de Français connaissent une densité médicale très inférieure à la moyenne nationale, soit moins de 140 médecins généralistes pour 1000 habitants. La cartographie suivante met en lumière les bassins de médecine fragiles en 2005.¹¹⁷⁵

¹¹⁷³ J.- M. MACÉ, *op. cit.*

¹¹⁷⁴ J.- M. MACÉ, *op. cit.*

¹¹⁷⁵ J.- M. MACÉ, *op. cit.*

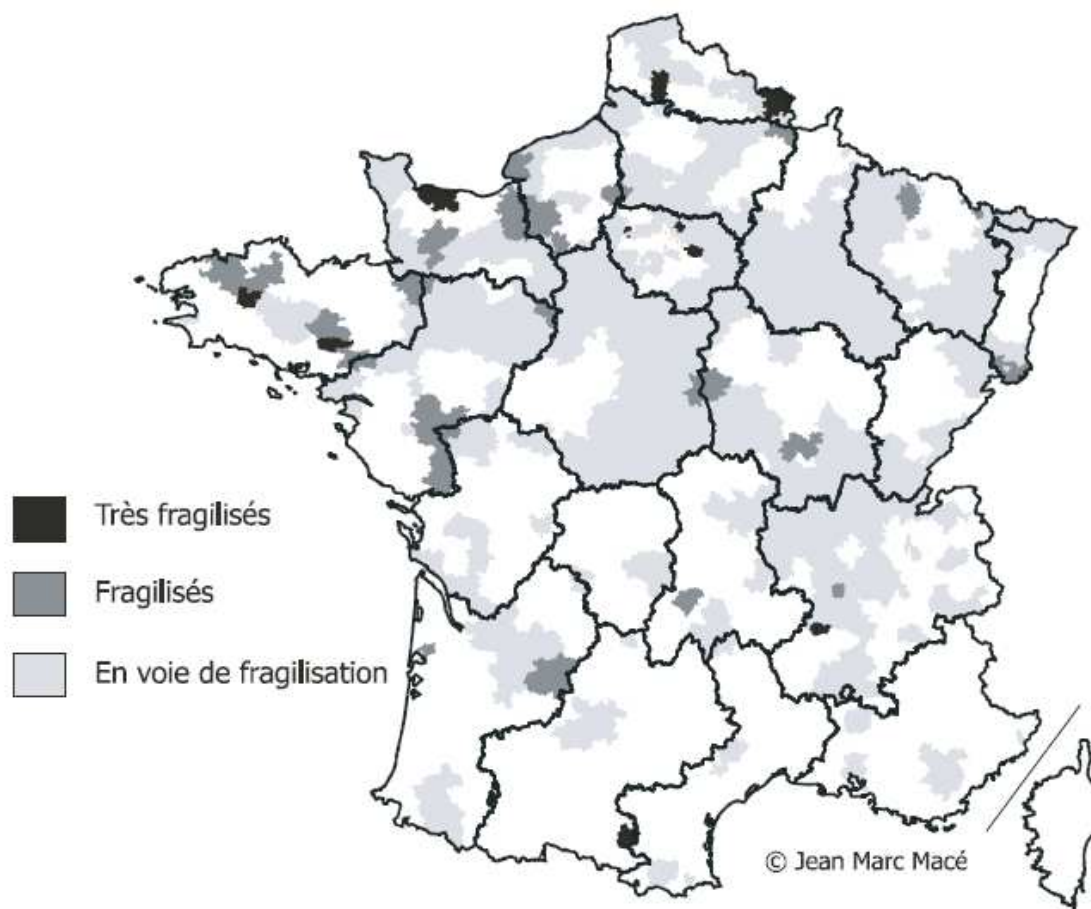


Figure 3- Bassins de médecine fragiles en 2005

885. On ne peut que constater le contraste entre les bassins favorisés et défavorisés. Cette fragilité est présente, tant dans les territoires hospitaliers d'Ile-de France tels qu'Aubervilliers ou Sarcelles, qu'en province et notamment à Cholet, Fougères et Le creuset, où la densité médicale est inférieure à 110 médecins généralistes pour 1000 habitants, avec un taux de remplacement inférieur à 20%. Notons, que l'on recense une dizaine « *d'arrière-pays médicaux* »¹¹⁷⁶, « *en situation de fragilisation très critique* », cumulant des densités médicales très faibles (moins de 110 médecins généralistes pour 1000 habitants) et un taux de remplacement des médecins généralistes très bas.

¹¹⁷⁶ J.- M. MACÉ, *Les territoires d'accès et de recours aux soins : l'identification d'arrière-pays médicaux*, Cahiers de sociologie et de démographie médicales, n° 2, avril-juin 2003, pp. 295-312.

886. Les études prévisionnelles de la population et de la densité médicale entre 2005 et 2025 révèlent une forte augmentation des zones très fragilisées, en raison des faibles densités et du faible taux de remplacement des médecins généralistes en 2010, 2015 et 2025.¹¹⁷⁷

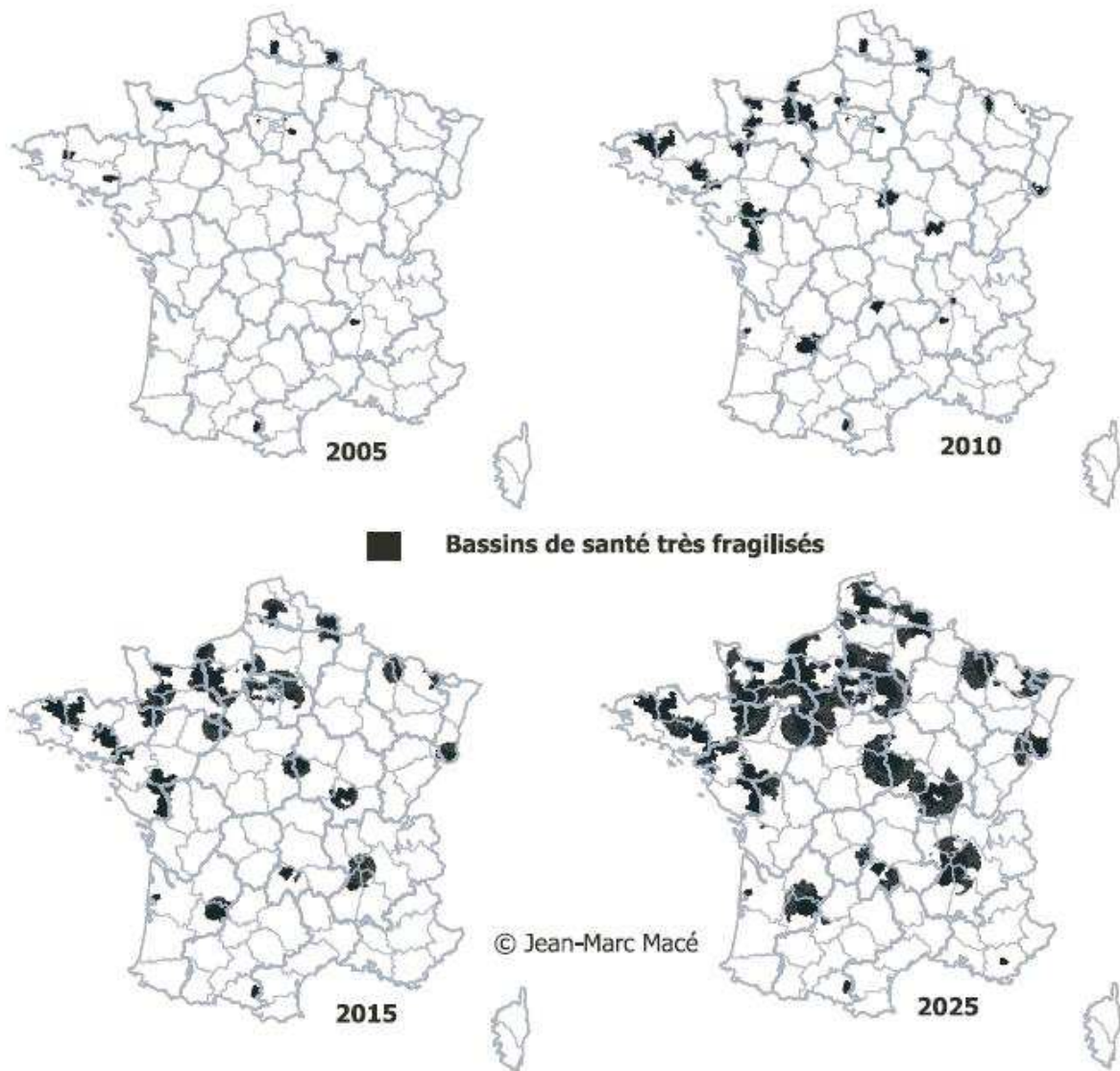


Figure 4- Zones très fragilisées par les faibles densités et le faible taux de remplacement des médecins généralistes en 2005, 2010, 2015 et 2025.

887. Monsieur MACÉ propose trois scénarii propres à l'évolution de l'hôpital d'ici 2025. Le premier scénario, assez optimiste, permet d'imaginer une France composée des mêmes

¹¹⁷⁷ J.- M. MACÉ, *op. cit.*

sites hospitaliers qu'en 2005, avec du personnel en qualité et quantité suffisante. Pour autant, cette vision doit être nuancée, au regard de l'évolution prévisible des dépenses de santé d'ici 2025. En raison d'une forte crise de la démographie médicale, le deuxième scénario fait apparaître des établissements dépourvus de nombreux spécialistes, en chirurgie, gynécologie ou obstétrique, situés dans des zones très fragiles. Cette prévision remet donc en cause la qualité et la sécurité des soins. Enfin, le troisième scénario révèle une situation intermédiaire, où les établissements fonctionnent majoritairement avec des médecins vacataires au statut précaire. Cette instabilité impacte de fait l'implication des médecins, ainsi que la certification des pratiques professionnelles. Ces trois scénarios, pour le moins peu réjouissants, révèlent une forte diminution de la qualité et de la sécurité des soins pour les années à venir.

888. Afin d'élaborer un diagnostic précis, Monsieur Olivier LACOSTE, Géographe et Directeur de l'Observatoire Régional de la Santé Nord-Pas-de-Calais, préconise d'analyser le territoire à l'échelle locale. En effet, plus le territoire est vaste, plus l'analyse géopolitique est incertaine et les inégalités dissimulées. Il démontre ainsi que la densité médicale est satisfaisante en Ile de France, alors même qu'en Seine Saint Denis et plus précisément à Clichy-sous-Bois, les inégalités sont préoccupantes¹¹⁷⁸. Ainsi que le précise le rapport de la Cour des Comptes 2011 relatif à la répartition des médecins libéraux, « *il est indispensable de considérer les inégalités à un niveau plus fin que les régions sous peine d'avoir une vision faussée* »¹¹⁷⁹. Par ailleurs, conformément à une étude réalisée par la DRESS en 2009, « *pour les généralistes libéraux, 90 % des inégalités de répartition s'observent entre les bassins de vie d'une même région et seulement 10 % des inégalités sont entre régions. Pour les spécialistes en ophtalmologie, les inégalités sont même à 95 % intra régionales* »¹¹⁸⁰.

889. Une étude réalisée en 2006 sur la densité des professionnels de santé à Saint Denis illustre cette problématique. En effet, la ville de Saint Denis doit faire face à une diminution préoccupante de sa démographie médicale et paramédicale, alors que paradoxalement, le

¹¹⁷⁸ B. GIBLIN, *Santé publique et territoires*, Hérodote, n°143, La Découverte, 4^{ème} trimestre 2011. p. 4. O. LACOSTE, *Géopolitique de la santé*, La Découverte, Paris. 1995.

¹¹⁷⁹ O. LACOSTE, *op. cit.* p. 41. Cour des comptes, La répartition territoriale des médecins libéraux. Chap. X. Sécurité sociale 2011, septembre 2011. P. 153

¹¹⁸⁰ Cour des comptes 2011, *op. cit.* p. 153. DREES, Document de travail, *Les comptes nationaux de la santé 2009*, série Statistiques, n° 149, septembre 2010. *Etude publiée en 2010 sur le niveau d'adéquation entre la localisation des professionnels de santé libéraux et celle de la population en France métropolitaine.*

département et la communauté d'agglomération connaissent une démographie médicale plutôt satisfaisante. Il semble que les départs à la retraite, l'insécurité et la mauvaise image de la ville ne facilitent pas la venue de nouveaux professionnels. En effet, il apparaît que le premier critère de choix d'installation des médecins soit la qualité de vie. La jeune génération de professionnel prend également en considération des critères tels qu'une desserte en transport en commun satisfaisante, des facilités de stationnement ainsi qu'une patientelle abondante au fort pouvoir d'achat. Dès lors, ce constat démographique doit conduire les acteurs de la GPECT à anticiper le recrutement de professionnels à venir, et à promouvoir des mesures en faveur de l'installation des professionnels à Saint Denis.

890. La GPECT doit donc s'intéresser au particularisme de son territoire, qui plus est, en santé. Certes, communément ses enjeux sont de favoriser la sécurisation des parcours professionnels, le développement des compétences et la compétitivité des établissements. Cependant, de manière plus globale, elle doit tendre à satisfaire l'idéal républicain d'égalité en assurant l'égal accès aux soins pour tous sur le territoire. Elle doit également garantir la permanence et la continuité des soins. Or cet objectif, considéré parfois comme utopiste, est largement remis en cause par la formation de déserts médicaux. La GPECT doit donc intégrer à sa démarche ces problématiques d'inégalité des soins dans le territoire. Ces inégalités sont présentes sur le territoire Français, mais elles sont également vraies au sein de chaque territoire de santé, au niveau infra régional, là où se rencontrent les acteurs de la GPECT. C'est dans ce contexte d'hétérogénéité, que les protagonistes de la GPEC devront s'appuyer sur les travaux d'hier et d'aujourd'hui, des géographes et des statisticiens, pour tenter de réduire les fractures de demain, en gérant de manière proactive des emplois et les compétences du secteur (§2).

§2- La géographie de la santé : un outil d'anticipation des inégalités de demain.

891. Plus qu'un outil de diagnostic, la géographie de la santé est également un outil d'anticipation des inégalités de demain. Elle permet notamment d'anticiper les évolutions à venir dans la prise en charge du grand âge ainsi que dans la localisation de l'offre de soins. Nous nous intéresserons donc à cet outil d'anticipation des inégalités liées à l'allongement de la durée de vie (I), et liées à l'évolution de la démographie médicale (II).

I- Un outil d'anticipation des inégalités liées à l'allongement de la durée de vie

892. Les études statistiques et géographiques convergent vers un même constat. La France connaît un vieillissement de sa population ou de manière plus appropriée une « *gérontocroissance* »¹¹⁸¹, c'est-à-dire une augmentation du nombre des personnes âgées. Si l'on jette un regard vers l'avenir quant à la prise en charge des personnes âgées, on constate que l'accroissement de leur nombre sera à l'origine d'une multiplication des poly-pathologies et des maladies chroniques type cancer, diabète, maladies neurodégénératives ou cardiovasculaires. Une prise en charge pertinente de ces pathologies, ne pourra se faire qu' « *au prix de bouleversements profonds de l'organisation de l'ensemble du système de santé* »¹¹⁸².

893. Dans un Avis du 10 avril 2010, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM)¹¹⁸³ souligne les insuffisances de l'organisation du système de santé, inadapté à l'augmentation du nombre de personnes poly-pathologiques¹¹⁸⁴. En effet, il semble que la médecine de premier recours ne soit pas suffisamment formée à la complexité de ces maladies et travaille de manière trop cloisonnée. De même, il apparaît qu'au sein du secteur médico-social, les services d'aide à domicile sont confrontés à l'épuisement psychologique de leurs professionnels devant assurer l'accompagnement de malades souffrant parfois de troubles mentaux de type Alzheimer. Par ailleurs, soulignons qu'à l'avenir le développement de ces pathologies aura pour incidence le développement de la médecine personnalisée, consistant à traiter de façon individualisée chaque patient, en tenant compte de son environnement et de son mode de vie. La mise en œuvre de thérapies « *ciblées* » ou « *sur mesure* », via les protocoles thérapeutiques individualisés, constituera un gage d'efficacité dans la prise en charge, mais représentera également un coût supplémentaire pour le système de santé¹¹⁸⁵. Le développement des métiers de la vieillesse doit donc être appréhendé dès aujourd'hui. Les services et établissements gériatriques, jusqu'à présent peu attractifs, doivent anticiper le

¹¹⁸¹ O. LACOSTE, *Hommes et structures de la santé. De l'importance du terrain à l'heure de la mise en place de la loi HPST, Hérodote*, 2011/4 n° 143, p. 33-50. p. 38.

¹¹⁸² OULD-KACI, O. LACOSTE, *op. cit.* p. 52. P.-L. BRAS, *Développement des maladies chroniques et avenir de la médecine générale. Un regard à partir d'expériences étrangères.* in : TABUTEAUD. Office de prospective en santé, rapport 2008. Paris : Editions de santé – Les Presses de Sciences Po, 2008.

¹¹⁸³ Rapport HCAAM, 22 avril 2010.

¹¹⁸⁴ IGAS, *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge.* Rapport de synthèse. N°RM2011-064P. p. 11.

¹¹⁸⁵ O. LACOSTE, *op. cit.* p. 38

recrutement de leur personnel médical et paramédical et notamment ceux des psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, kinésithérapeutes et infirmiers. Les gestionnaires de structures doivent également penser leurs organisations autour des Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD), associant et coordonnant les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), ainsi que les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)¹¹⁸⁶. Ce type de structure permettant de mutualiser les moyens, et garantissant ainsi une meilleure politique sociale, représente une perspective d'évolution pour les services à domicile.

894. Les EHPAD devront donc trouver un juste milieu entre « *cure* » et « *care* », entre demande de médicalisation et nécessité de prendre soin¹¹⁸⁷. En effet, la personne âgée est une personne vulnérable, souffrant de troubles physiques et psychologiques qu'il convient de prendre en charge dans son environnement. Dès lors, les pratiques médicales devront évoluer et tendre vers d'avantage de transversalité et d'humanisme¹¹⁸⁸. Les professionnels de santé devront s'attacher à trouver le juste milieu entre la pratique de l'acte médical et le prendre soin. Cette question du « *juste équilibre* » entre « *cure* » et « *care* » ou entre « *juste soin* » et « *perte de chance* »¹¹⁸⁹, soulève des questions éthiques qu'il conviendra d'appréhender¹¹⁹⁰. En effet, si les établissements de santé sont en mesure de fournir des soins de qualité, il convient de ne pas oublier que l'hospitalisation peut conduire à des situations traumatisantes pour la personne âgée. Une étude réalisée en 2010 par le gérontopôle de Toulouse rappelle ainsi que « *trois indicateurs de fragilité : chute (+5%), dénutrition (+14%), et contention (+23%) présentent une augmentation parallèle après une hospitalisation* »¹¹⁹¹.

895. A l'avenir, il conviendra donc de mettre en œuvre une organisation coordonnée au sein de l'hôpital et entre acteurs médicaux-sociaux, afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées. En effet, l'allongement de la durée de vie va entraîner une augmentation du nombre, de la fréquence, et de la gravité des maladies, ainsi qu'un accroissement de la

¹¹⁸⁶ Le Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 créé les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) et les Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD).

¹¹⁸⁷ IGAS, *op. cit.* p. 15.

¹¹⁸⁸ F. VIALLA, *La faute d'humanisme*. Revue Générale de Droit Médicale, numéro spécial 2013. Dix ans d'application de la loi KOUCHNER.

¹¹⁸⁹ IGAS, *op. cit.* p. 15.

¹¹⁹⁰ IGAS, *op. cit.* p. 15.

¹¹⁹¹ Etude PLEIAD, *Nos aînés fragilisés en maison de retraite médicalisée*. Juin 2010. IGAS, *op. cit.* p. 15.

consommation des soins hospitaliers des personnes âgées. A ce titre, rappelons que la durée moyenne des séjours des plus de 85 ans est deux fois plus élevée que pour les adultes de moins de 65 ans. Par ailleurs, un tiers des personnes en affection de longue durée ont plus de 75 ans. Enfin, l'hospitalisation par les urgences des plus de 80 ans représente en moyenne 41% des séjours¹¹⁹². Ces chiffres sont pour le moins révélateurs et attestent des enjeux sanitaires et éthiques auxquels devra répondre l'hôpital de demain.

896. Ce phénomène de « *gérontocroissance* » est unanimement reconnu et constitue l'un des enjeux majeurs des politiques de santé. Pour autant une question demeure. N'aurait-on pas pu prévoir cette évolution démographique de la population Française? Assurément, l'émergence du « *papy-boom* » est l'une des conséquences du « *baby-boom* » de l'après-guerre. En outre, notre système de santé, qui par ailleurs est considéré comme l'un des meilleurs au monde, est à l'origine de cet allongement de la durée de vie, et par conséquent de l'augmentation du nombre de personnes âgées et du coût de leur prise en charge. Dès lors, pourquoi les pouvoirs publics n'ont-ils pas pris en considération les tracés démographiques des géographes? Un travail d'anticipation des inégalités à venir aurait certainement pu être réalisé. Il semble que personne ne se soit vraiment préoccupé de ces disparités¹¹⁹³. L'inégale répartition des CHU sur les territoires illustre parfaitement cette problématique. Comment expliquer que la région des pays de la Loire comprend deux CHU, situés respectivement à Nantes et Angers et distants de 84 kilomètres, alors que le Nord-Pas-de-Calais pourtant plus peuplé n'en comprend qu'un. De même, il est possible de considérer que si le Languedoc-Roussillon est doté de deux CHU situés à Montpellier et Nîmes, distant de seulement 52 kilomètres, c'est très certainement parce que Montpellier détient la faculté de médecine la plus ancienne en activité au monde¹¹⁹⁴. Cette répartition des centres hospitaliers ne tient nullement compte des inégalités de santé. L'absence de communication sur ces disparités s'explique d'ailleurs par le fait que certains élus ont été réticents à l'idée de diffuser des informations peu élogieuses sur l'état de santé de leur territoire. De même, certains médecins ont vu dans ce constat des inégalités, la possible remise en cause de leur libre choix d'installation, les empêchant de se rapprocher de leurs confrères et de partager leurs tâches¹¹⁹⁵.

¹¹⁹² IGAS, *op. cit.* p. 3. Rapport HCAAM, 22 avril 2010.

¹¹⁹³ O. LACOSTE, *op. cit.* p. 38

¹¹⁹⁴ B. GIBLIN, *Santé publique et territoires*. Hérodote, n°143. La Découverte, 4ème trimestre 2011. p. 5.

¹¹⁹⁵ B. GIBLIN, *op. cit.* p. 5-7.

897. L'absence de prise en compte des analyses géopolitiques d'hier, a conduit aux inégalités d'aujourd'hui. Ces disparités territoriales sont désormais connues de tous. Dès lors, pour tenter de réduire les fractures territoriales à venir, la GPECT doit s'appuyer sur ces cartographies pour anticiper les inégalités liées à l'évolution de la démographie médicale (II).

II- Un outil d'anticipation des inégalités liées à la démographie médicale

898. Au regard de l'évolution de la démographie Française, il semble plus que nécessaire d'anticiper l'évolution des disciplines et des spécialités médicales et chirurgicales. Pour ce faire, nous nous intéresserons aux méthodes permettant notamment de prédire l'évolution de la chirurgie vasculaire dans les années à venir. Par ailleurs, les évolutions sociétales, médicales et technologiques, modifient considérablement les modalités d'exercice de la médecine ainsi que les pratiques des professionnels de santé. Ces mutations profondes sont à l'origine de dysfonctionnements dans l'organisation de l'offre de soins¹¹⁹⁶. Les évolutions comportementales des jeunes médecins souhaitant d'avantage se regrouper, privilégiant le salariat et cherchant un équilibre entre vie professionnelle et vie privée, ne correspond plus à la vision « *monolithique* »¹¹⁹⁷ de la profession présentée par les facultés de médecine. De même, l'évolution du rôle du patient, de plus en plus informé via internet, modifie la notion de consultation médicale. L'ensemble de ces évolutions a une incidence directe sur les distances d'accès aux soins, et de ce fait, doit être appréhendé par la GPECT. Cette dernière doit anticiper les conséquences de ces évolutions en termes de recrutement, formation, ou coopération, ceci afin de lutter contre la formation de déserts médicaux. Cette sous partie sera donc l'occasion de constater que la géographie de la santé constitue un outil d'anticipation quant à l'évolution des disciplines et spécialités médicales ou chirurgicales. A ce titre, nous nous appuierons sur l'exemple de la chirurgie vasculaire (A). Nous constaterons également, qu'elle constitue un outil d'anticipation quant à l'évolution comportementale des jeunes médecins (B).

¹¹⁹⁶ K. OULD-KACI, O. LACOSTE, *op. cit.* p. 35.

¹¹⁹⁷ G. BLOY, *Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste ou pas ?* DRESS 2011.

A- Un outil d'anticipation quant à l'évolution des disciplines et spécialités médicales ou chirurgicales : l'exemple de la chirurgie vasculaire

899. Au regard du vieillissement de la population Française et des départs massifs en retraite des « baby-boomers », il semble tout à fait légitime que chaque discipline médicale ou chirurgicale ainsi que chaque spécialité d'urologue ou de chirurgie vasculaire, envisage l'évolution de son exercice dans les quinze ans à venir. En effet, d'après les études prévisionnelles, la population Française devrait augmenter de 2.7% d'ici 2020. Le nombre de personnes de plus de 65 ans devrait également augmenter de 33% entre 2005 et 2020. Corrélativement, la charge de travail des chirurgiens vasculaires devrait progresser significativement. Messieurs MACÉ, RICCO et SAPORTA¹¹⁹⁸ proposent une méthode permettant de prédire les évolutions dans l'activité de chirurgie vasculaire en fonction du vieillissement de la population. Ces auteurs ont étudié trois types de procédures artérielles. Celle de l'Anévrisme de l'Aorte Abdominale, celle de la Maladie Artérielle Occlusive Périphérique et enfin, celle de l'Artère Carotide. Précisons que les données étudiées sont issues des données nationales PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information). Obtenues en 2000, elles ont permis de prédire les données basées sur un vieillissement de la population pour 2008. En fonction de ces travaux, un indice pondéré a pu être défini pour chaque groupe, en comparant les écarts entre les charges de travail attendus et les charges de travail observés. Les résultats de cette étude ont permis d'envisager entre 2000 et 2009, une augmentation de 58% des procédures vasculaires, avec 3.9% des procédures de l'Anévrisme de l'Aorte Abdominale, 101.7% des procédures relatives aux Maladies Artérielles Occlusives Périphériques, et 13.2% des procédures de l'Artère Carotide. Ainsi, ce modèle pondéré basé sur le vieillissement de la population, permet de prédire la charge de travail des chirurgiens vasculaires dans les années à venir. Au regard de ces études, environ 188 postes supplémentaires en post-internat seront nécessaires d'ici 2030. Les mêmes recherches réalisées en matière d'urologie, permettent d'affirmer que 255 formations supplémentaires d'urologues en post-internat seront nécessaires pour compenser l'impact du vieillissement de la population à l'horizon 2028¹¹⁹⁹.

¹¹⁹⁸ L. BERGER, J.-M. MACÉ, B. RICCO, G. SAPORTA, *Methodology for the evaluation of vascular surgery manpower in France*, Public Health 127 (2013) 65-71.

¹¹⁹⁹ J.-M. MACÉ, *Répercussion du vieillissement de la population sur la démographie médicale*, Droite santé, hors série n°50, juillet 2013.

900. Il s'agit là d'un enjeu auquel devrait pouvoir répondre la GPECT. Au regard des études démographiques et notamment de densité médicale, elle doit être en mesure d'identifier les zones de son territoire en difficulté. Afin de réduire les inégalités territoriales, les zones sous médicalisées, sous dotées en structures sanitaires et médico-sociales ainsi qu'en professionnels médicaux, doivent être « revitalisées »¹²⁰⁰. Si la GPECT à elle seule, ne peut apporter une réponse satisfaisante, elle doit contribuer à réduire les écarts dans l'accès aux soins. Pour ce faire, elle peut participer à la mise en œuvre d'un « plan prévisionnel des besoins en formation »¹²⁰¹. En effet, après avoir dressé le bilan des compétences disponibles, évalué les besoins à moyen terme, la GPECT doit contribuer à adapter l'offre de soins aux besoins du territoire. Ce plan prévisionnel pourrait ainsi être inscrit dans les plans territoriaux de santé, particulièrement s'agissant des professions dont la formation est assurée au niveau régional¹²⁰².

901. La GPECT en santé doit être force de proposition et tendre vers cet objectif de plus « grande équité territoriale ». Ce travail prescrit et porté par l'ARS, co-construit par les acteurs du territoire, doit tendre à réduire les fractures régionales en partenariat avec les collectivités territoriales.

902. Outre l'anticipation des disciplines et spécialités médicales ou chirurgicales, la GPECT doit s'intéresser de près à l'anticipation de l'évolution comportementale des jeunes médecins (B).

B- Un outil d'anticipation quant à l'évolution comportementale des jeunes médecins

903. Les rapports d'expertises dressent un portrait peu réjouissant de l'évolution de l'offre de soins, d'ici quelques années en France. Le nombre de professionnels de santé est pourtant assez élevé. En 2009, la France comptait 216 000 médecins. La densité médicale était de 290

¹²⁰⁰ E. VIGNERON, S. HAAS, *Les clefs de l'accès aux soins. Inégalités sociales et territoriales. Pour une santé plus proche, plus accessible, pour tous, les propositions de la FEHAP*. Mars 2012. FEHAP. www.fehap.fr. p. 3.

¹²⁰¹ E. VIGNERON, S. HAAS, *op. cit.* p. 7.

¹²⁰² E. VIGNERON, S. HAAS, *op. cit.* p. 7.

médecins pour 100 000 habitants, soit le double des Etats-Unis¹²⁰³. Pour autant, les statistiques démontrent que nous sommes confrontés à une crise de l'offre de soins, induite par une diminution de la démographie médicale, une désaffectation pour certaines spécialités, ainsi que des inégalités territoriales et inter régionales importantes.

904. Le rapport d'information de Monsieur Jean-Marc JUILHARD¹²⁰⁴, établi une projection du nombre de médecins en activité d'ici 2025. Selon ce rapport, de 2008 à 2015, le nombre de cessation d'activité sera supérieur au nombre d'installation de médecins. La hausse du numéros clausus mis en œuvre en 2004, puis en 2011 n'impactera pas les effectifs des médecins en activité. Les projections indiquent également qu'il faudra attendre 2025 pour que le nombre d'installation soit équivalent au nombre de cessation. Dès lors, nous constaterons une diminution de 9,4% des médecins en activité de 2006 à 2025. Cette diminution de la densité médicale fait également écho au vieillissement des professionnels de santé. En effet, en 2010, 42% des médecins libéraux avaient plus de 55 ans.

905. Par ailleurs, la nouvelle génération semble accorder une importance toute particulière à sa vie familiale, et diminue ainsi son temps de travail, jusqu'à exercer parfois à temps partiel. Ce phénomène est également induit par une féminisation de la profession. Ainsi que le précise le Docteur LEGMANN, « *cette féminisation s'accommode assez mal du niveau médiocre de protection sociale dont bénéficient les professions libérales, notamment en cas de congés maternité* »¹²⁰⁵. Ces jeunes médecins délaissent souvent le modèle libéral pour le salariat, offrant d'avantage de garanties en termes de temps de travail mais également de sécurité juridique. En effet, même si le phénomène de judiciarisation doit être relativisé, la jeune génération semble apprécier le salariat, transférant à l'employeur la responsabilité civile en cas d'accident thérapeutique. Certains trouvent également un grand intérêt à effectuer des remplacements, mieux rémunérés et offrant plus de latéralité en termes de temps de travail.

¹²⁰³ M.-T. BRUGUIÈRE, *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation sur les territoires et la santé*. Rapport n°600, 2010-2011. P. 13. 14.

¹²⁰⁴ J.-M. JUILHARD, *Rapport d'information sur la démographie médicale*. Rapport n°14, 2007-2008. 86 p. Note de synthèse, *Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ?* Rapport d'information de Jean-Marc JUILHARD. <http://www.senat.fr/noticerap/2007/r07-014-notice.html>.

¹²⁰⁵ M.-T. BRUGUIÈRE, *op. cit.* p. 16.

De même, « la bureaucratisation du métier »¹²⁰⁶, favorisant le développement des tâches administratives, diminue la part consacrée aux soins.

906. Cette prise en considération de la durée de travail s'accommode d'ailleurs assez mal de la relation praticien/patient, régie par la notion d'humanisme médical. En effet, le « *colloque singulier* »¹²⁰⁷ entre patient et malade, reposant sur la confiance, a cédé place à un modèle de contrat de prestation de service, dont le protagoniste principal est le patient client. L'Académie nationale de médecine¹²⁰⁸, et notamment Monsieur Denys PELLERIN¹²⁰⁹ ont souligné les risques d'assimiler l'acte médical à une activité « *comme une autre* », ainsi que l'hôpital à une entreprise « *comme une autre* ». Le consumérisme a eu pour effet de transformer le médecin en « *prestataire de soins* » et le malade en « *usager* » de ces soins. Pour autant, rappelons que le devoir d'humanité est une obligation susceptible de sanctions à l'égard du professionnel de santé¹²¹⁰, s'accommodant peu des préoccupations liées à la durée de travail.

907. Les jeunes professionnels ont donc des nouvelles aspirations. Ils sont attirés par le travail en groupe ou travail partagé, leur offrant d'avantage de garanties en termes de mutualisation de moyens et de coûts de fonctionnement. D'après une étude réalisée par l'IRDES, en 2009, 54% des médecins généralistes libéraux travaillent en groupes. Par ailleurs, huit médecins de moins de 40 ans sur dix, privilégient le regroupement¹²¹¹. Ces cabinets de généralistes libéraux sont généralement composés exclusivement de médecins. Ils se réunissent donc peu sous forme de groupes pluri-professionnels. Cette forme de mutualisation est particulièrement intéressante pour les jeunes professionnels, car elle facilite les formations et notamment le développement professionnel continu. Elle facilite également

¹²⁰⁶ M.-T. BRUGUIÈRE, *op. cit.* p. 16.

¹²⁰⁷ G. DUHAMEL, *Paroles de médecin*. 1946. F. VIALLA, *op. cit.*

¹²⁰⁸ Académie National de Médecine, *Un humanisme médical pour notre temps*. Bull. Acad. Natle Méd., 2011, 195, no 6, 1345-1368, séance du 21 juin 2011. <http://www.academie-medicine.fr/publication100036355/>.

¹²⁰⁹ D. PELLERIN, *Médecine du XXI siècle : consumérisme ou humanisme ?* Bull. Acad. Sc. et Lettres de Montpellier, 2000, T. 31.

¹²¹⁰ F. VIALLA, *op. cit.*

¹²¹¹ K. OULD-KACI, O. LACOSTE, *op. cit.* p. 41. F. BAUDIER, Y. BOURGUEIL, A. GAUTIER, P. LE FUR, J. MOUSQUES, *La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009*. Question d'économie de santé 2010 ; 157 : 6 p.

l'embauche de personnels administratifs et permet de bénéficier d'un meilleur outillage informatique, garantissant ainsi un meilleur suivi du dossier médical personnel¹²¹².

- 908.** Au regard de ces éléments, il apparaît que la modification comportementale de la jeune génération de médecin, est à l'origine de déséquilibre géographique. Ce phénomène est amplifié par le mouvement d'hyperspécialisation de la médecine. Ainsi, la désaffectation pour certaines spécialités médicales telles que la médecine du travail, la rééducation et la réadaptation fonctionnelle, l'ophtalmologie, la médecine interne et la psychiatrie, est à l'origine de déséquilibres au sein des branches professionnelles. Cette tendance à la diminution de l'offre de soins est confrontée à une augmentation de la demande de soins, de la part de patients mieux informés via internet et de plus en plus exigeants.

Conclusion section 1

- 909.** En définitive, la géographie de la santé est une méthode diagnostic indispensable à l'élaboration de la GPECT. Consubstantielle à cette dernière, elle est également un outil d'anticipation des inégalités à venir. Dès lors, elle représente un formidable outil à disposition des acteurs du territoire, leur permettant d'envisager la GPECT sous l'angle de la réduction des inégalités de santé.
- 910.** Dans le cadre territoriale, GPECT, géographie de la santé et géographie du bien-être s'entremêlent. La GPECT a besoin du diagnostic territorial des géographes afin d'anticiper les inégalités de santé. Cette nouvelle forme de « *Géographie* » Prévisionnelle des Emplois et des Compétences, introduit l'éthique dans la gestion des ressources humaines du territoire, et de ce fait, tend à promouvoir le bien-être, c'est-à-dire l'égal accès aux soins pour tous et partout. La GPECT doit donc s'appuyer sur la géographie de la santé (Section I), pour tendre vers la géographie du bien-être (Section II).

¹²¹² K. OULD-KACI, O. LACOSTE, *op. cit.* p. 41-42.

Section 2- Articulation entre GPECT et géographie du bien-être

911. Cette deuxième section sera l'occasion de nous intéresser à la notion de bien-être en santé. Si de « *prime abord* », un espace de bien-être désigne un paysage ayant des vertus thérapeutiques, il s'agit avant tout d'un espace accessible à tous, régi par la notion d'équité. En orientant la GPECT vers cette problématique, elle devient un outil de justice sociale contribuant à la création d'un espace de qualité et de bien-être.
912. A l'heure de la désertification médicale, la GPECT apparaît donc comme étant bien plus qu'un simple mécanisme de gestion anticipée des ressources humaines. Elle doit être considérée comme une solution innovante permettant d'apporter propositions et suggestions, afin d'améliorer l'accès aux soins sur le territoire. En ce sens, elle apparaît comme étant « *force de proposition* » en termes de bien-être. Cette expression appartenant au jargon managérial, signifie que la GPECT doit proposer des idées nouvelles, créatives et audacieuses pour parvenir à l'équité dans l'accès aux soins, c'est-à-dire au bien-être. Cette démarche doit donc proposer des solutions innovantes pour tendre à réduire les inégalités de santé, en s'appuyant sur la télémédecine, ainsi qu'en développant un solide partenariat avec les collectivités territoriales.
913. Au regard de ces éléments, nous constaterons que la GPECT constitue une démarche au service du bien-être (§I), ainsi qu'une démarche « *force de proposition* » en termes de bien-être (§II).

§1- La GPECT, une démarche au service du bien-être

914. Dans sa dimension territoriale, la GPEC prend des allures de « *Géographie Prévisionnelle des Emplois et des Compétences* ». Son objectif dépasse le simple fait d'organiser collectivement et territorialement la gestion des ressources humaines. Elle tend à garantir le droit à la santé pour tous, objectif que cherche d'ailleurs à mettre en œuvre le droit de la santé en général¹²¹³. Ce droit à la santé visé par la démarche GPECT ne relève

¹²¹³ M. BELANGER, *Le droit à la santé, droit fondamental de la personne humaine*. Animation régionale de Dakar Réseau des chercheurs « *Droit de la Santé* ». Agence Universitaire de la Francophonie (AUF). 29 mars au 1^{er} avril 2005. Le réseau « *Droit de la santé* » est l'un des réseaux de chercheurs de l'Agence Universitaire de la Francophonie, mis en place pour favoriser les échanges et

assurément pas du droit à la bonne santé, mais du droit à la meilleure santé possible, c'est-à-dire du droit à la protection de la santé. On retrouve cette règle fondamentale dans de nombreux textes nationaux et internationaux. L'alinéa 11 du Préambule de la Constitution Française de 1946, affirme que « *la nation garantit à tous la protection de la santé* ». De même, l'article 12, paragraphe 1 du Pacte International relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, adopté par l'assemblée générale de l'organisation des nations unies le 16 décembre 1966, précise que « *les Etats parties au présent pacte reconnaissent le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'elle soit capable d'atteindre* ». Par ailleurs, le préambule de la constitution de l'OMS réitère ce principe en précisant que « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion et ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* ». Le droit à la santé entendu comme le droit à la protection de la santé, visé par la démarche GPECT, tend donc à garantir l'égal accès aux soins pour tous quel que soit le lieu de résidence, l'âge, le revenu ou le niveau d'éducation.

915. Au regard de la multiplication des déserts médicaux et des fractures territoriales, il semble donc tout à fait opportun et réaliste de définir le droit à la santé par rapport au droit à l'accès aux soins. Cette définition tend à garantir l'accès à la matérialité des soins de santé primaires, mais également l'accès aux soins palliatifs. Ce droit à l'accès aux soins a pour corollaire le respect des droits du patient et notamment le droit à l'information, l'équité et le respect de la dignité du patient en tant que personne humaine. Il vise également l'accès au financement des soins de santé. Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie a d'ailleurs manifesté son intérêt pour cette problématique dans un rapport relatif à l'accessibilité financière des soins.¹²¹⁴

916. Le droit à la santé, droit fondamental de la personne, visé par la démarche GPECT, doit donc être défini sous l'angle du droit à l'accès aux soins de santé. Pour autant, cette vision réaliste doit être complétée par une vision plus large, voire idéaliste qu'est le droit au bien-

les spécialistes du droit de la santé, chercheurs et professionnels. Intervention du Professeur M. BELANGER, le jeudi 31 mars 2005, session 3 : « *Le droit à la santé, droit fondamental de l'être humain* ».

¹²¹⁴ Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, *L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer ? Avis*. 2011.

être¹²¹⁵. En effet, la Constitution de l'OMS définit la santé comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social* », qui « *ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette vision extensive de la santé exprime un idéal qui devrait être le but de toute démarche œuvrant en faveur du développement de la santé. Dès lors, l'évolution souhaitable de la GPECT est de tendre vers cet idéal de bien-être sanitaire et social. En effet, rappelons que la géographie de la santé, outil de diagnostic indispensable à la GPECT, a beaucoup évolué, de la géographie médicale, à la géographie des soins vers une géographie du bien-être. Pour parvenir à cet idéal d'égal accès aux soins pour tous, de qualité, d'équité et de justice sociale sur le territoire, la GPECT doit s'appuyer sur cette nouvelle approche de la géographie de la santé qu'est la géographie du bien-être. Par ce biais, la GPECT peut devenir un outil de bien-être et de justice sociale œuvrant en faveur de l'égal accès aux soins sur un territoire. Tout l'enjeu de la démarche sera donc d'exploiter les travaux des géographes, pour tendre à l'égal accès aux soins pour tous, c'est-à-dire à la justice sociale et au bien-être.

917. Afin de bien comprendre le lien unissant GPEC et géographie du bien-être, il convient de résoudre la problématique suivante: la « *Géographie Prévisionnelle des Emplois et des Compétences* » permet-elle de « *prétendre à des espaces de bien-être et de qualité de vie* »¹²¹⁶. Pour cela, intéressons-nous à la notion de bien-être, ainsi qu'à la définition d'un espace de bien-être. Selon Monsieur Antoine BAILLY, « *le bien-être est le résultat d'une relation subjective entre une personne et des valeurs auxquelles elle aspire, valeurs morales, culturelles, politiques, économiques* »¹²¹⁷. Il s'agit donc d'une notion subjective et relative. Ainsi qu'il le précise, sur un « *terrain particulièrement instable; à chacun sa conception, son idée du bien-être; à chaque époque, à chaque société, à chaque espace ses mythes* »¹²¹⁸. Le bien-être dépend donc de la perception de chaque individu. Il peut être défini en opposition au « *mal-être* » correspondant à un état physique, moral et social médiocre. Il peut également être envisagé sous l'angle du « *mieux-être* » c'est-à-dire d'un progrès et d'un objectif à

¹²¹⁵ M. BELANGER, *op. cit.*

¹²¹⁶ *Peut-on prétendre à des espaces de qualité et bien-être?* Colloque international EQBE. Angers les 23 et 24 septembre 2004. N. BARBARINO-SAULNIER, *Espace, qualité de vie et bien-être*, actes du colloque EQBE, S. Fleuret (dir.), 2006, Presses Universitaires d'Angers / SODIS, 318 p. *Géocarrefour*, vol. 81/4 | 2006, 310.

¹²¹⁷ A. BAILLY, *La géographie du bien-être*. Paris. Presses universitaires de France, 1982. 239 p.

¹²¹⁸ A. BAILLY, *op. cit.* p. 9. J.-B. RACINE, *Bien-être et justice socio-spatiale : vers une géographie de la pertinence sociale*. In: *Espace géographique*. Tome 13 n°1, 1984. pp. 72-78. p. 72.

atteindre¹²¹⁹. Cette préoccupation pour le bien-être est issue des médecines complémentaires telles que le yoga, et s'adapte aujourd'hui parfaitement à notre société occidentale contemporaine¹²²⁰. Il s'agit d'une notion transversale visant les champs sanitaires et sociaux, ainsi que d'une notion universelle traitant de « *l'aspiration la plus fondamentale de l'être humain, son aspiration essentielle, la quête du bonheur* »¹²²¹.

918. Dès lors, comment définir un espace de bien-être? Selon certains, il s'agirait d'un espace d'égalité, mais aussi de « *stabilité* » et de « *sécurité* », régi par l'exigence du « *risque zéro* »¹²²². En effet, le risque, qu'il soit climatique, géophysique, sanitaire ou épidémiologique, constitue l'une des préoccupations majeures des géographes, mais aussi des politiques et des municipalités, très attachées à la constitution des « *villes-santé* »¹²²³, ayant vocation à promouvoir la « *santé pour tous* » et le bien-être des populations¹²²⁴. Pour autant, si l'exigence du risque zéro et du bien-être constitue un idéal à atteindre, ne s'agit-il pas également d'une utopie, difficilement réalisable voire impossible à mettre en œuvre. Cet espace utopique de bien-être est dépeint à travers le roman d'Honoré DE BALZAC, « *le médecin de campagne* »¹²²⁵. Dans cet ouvrage, le docteur « *Bennassis* », incarne un personnage héroïque, à l'image de la vision paternaliste et hygiéniste d'Hippocrate. Cette vision utopique du « *brave homme* » qui « *guérit les pauvres pour rien* », dans un beau paysage de campagne incarnant la morale, interroge aujourd'hui, à l'heure de la désertification et de la raréfaction des médecins de campagne.

¹²¹⁹ A.-C. HOYEZ, *Le bien-être. Mondialisation du concept, transplantation des pratiques*. p. 11-12. Colloque international EQBE. 23-24 septembre 2004.

¹²²⁰ A.-C. HOYEZ, *op. cit.* Anne-Cécile HOYEZ démontre l'évolution en Inde des centres de yoga, en véritable centre de thérapie. Elle observe ainsi un changement de terminologie. « *Les professeurs de yoga deviennent des médecins, les individus des patients, les « asanas » des prescriptions* ». Le terme asanas signifie posture rituelle.

¹²²¹ J.-B. RACINE, *op. cit.* p. 72.

¹²²² L. REYNAUD, *Des lieux où il fait bon vivre : la demande sociale du risque « zéro » d'un côté, l'inquiétude et les réponses de géographe de l'autre*. p. 14. Colloque international EQBE. 23-24 septembre 2004.

¹²²³ Suite à la rédaction de la Charte d'OTTAWA en 1986, le mouvement des « *ville-santé* » a vu le jour à l'initiative du bureau européen de l'OMS, afin de promouvoir « *la santé pour tous* ». Montpellier, Nancy et Rennes ont été les trois premières villes françaises à adhérer à ce mouvement.

¹²²⁴ L. REYNAUD, *op. cit.* p. 16-17.

¹²²⁵ F. TONNELIER, *Un espace utopique de bien-être: « Le médecin de campagne » d'Honoré de Balzac*. Colloque international EQBE. p. 17. *Paysages et Médecine : Le Médecin de campagne d'Honoré de Balzac*, article à paraître dans *Géographies de la Santé*, mélanges offerts à Henri PICHERAL, John LIBBEY, 2004.

919. Un paysage ayant des vertus esthétiques, thérapeutiques ou curatives peut donc constituer un espace de bien-être. Il peut également s'agir d'un espace accessible à tous, c'est-à-dire régi par la notion d'égalité spatiale, ou de manière plus pertinente par la notion d'équité. En effet, il convient d'établir une distinction entre ces deux termes. Selon l'OMS, l'équité désigne « *l'absence de différences systémiques et potentiellement remédiables, dans un ou plusieurs aspect de la santé parmi la population qui sont définis socialement, économiquement démographiquement ou géographiquement* »¹²²⁶. Le système de santé Français s'organise autour de deux approches de l'équité. Une approche égalitariste, fondée sur la notion d'ARISTOTE de « *justice distributive* »¹²²⁷, et « *d'égalité géométrique* ». Elle distingue « *l'équité verticale* », selon laquelle « *les inégaux doivent être traités inégalement* », de « *l'équité horizontale* », selon laquelle « *les égaux doivent être traités également* »¹²²⁸. La deuxième approche trouve son fondement dans les travaux de John RAWLS qui considère que les inégalités ne sont justifiées que lorsqu'elles permettent d'améliorer la situation des personnes en difficultés¹²²⁹. Selon cette théorie, « *les inégalités sociales et économiques doivent être organisées de façon à ce que (...) elles apportent aux plus désavantagés les meilleures perspectives* ». ¹²³⁰ Précisons que pour Monsieur PICHERAL, l'équité fait également partie de la recherche de justice spatiale et de réduction des inégalités territoriales. Il considère que « *La justice spatiale passe par la réduction des inégalités territoriales, et cela à toute les échelles (ville-campagne, ville-ville, centre-périphérie). Cette recherche de l'équité territoriale, fondement de l'aménagement du territoire, sous-tend toute politique de*

¹²²⁶ WHO. Commission on SOCIAL Determinants of Health 2005b. Previous experiences, 2005, WHO. http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sd.pdf?ua=1.

¹²²⁷ ARISTOTE établit une distinction entre « *justice distributive* », *iustitia distributiva*, correspondant à l'égalité géométrique, et la « *justice commutative* », *iustitia commutativa*, correspondant à l'égalité arithmétique. Selon lui, « *l'équitable tout en étant le juste n'est pas le juste selon la loi, mais un correctif de la justice légale* ». ARISTOTE, *Ethique à Nicomaque*, V, 15, Vème siècle avant J-C. A. NESCHKE-HENTSCHKE, *Platonisme politique et théorie du droit naturel: Le platonisme politique dans l'antiquité*, Peeters 1995. p. 171.

¹²²⁸ L. ROCHAIX, S. TUBEUF, *Equité en santé : Apports de l'analyse économique et perspectives de recherche*. Congrès, Lille, FRA, 2007/12/06-07. 29èmes Journées des Économistes de la Santé Français., 2007, pages 1-19. p. 4.

¹²²⁹ L. ROCHAIX, S. TUBEUF, *op. cit.* p. 4.

¹²³⁰ J. RAWLS, *Théorie de la justice*. Seuil, 1987. p. 115. Selon cette théorie, « *les inégalités sociales et économiques doivent être organisées de façon à ce que, à la fois, a) elles apportent aux plus désavantagés les meilleures perspectives et b) elles seront à des fonctions et à des positions ouvertes à tous, conformément à la juste égalité des chances* ».

planification sanitaire et guide les choix d'allocation de ressources sanitaires »¹²³¹. Dès lors, afin de bien appréhender la notion de justice socio-spatiale, il convient de nous intéresser au concept de classe socio-spatiale, défini par REYNAUD comme « *un groupe social qui vit sur une espace* »¹²³². En effet, la concentration d'activités sur certaines classes socio-spatiales va faciliter le développement d'un « *centre* » dont va dépendre une « *périphérie* ». Dès lors, lorsque les inégalités sont manifestent, les habitants de la périphérie ont le sentiment d'être victimes d'injustices sociales, auxquelles il convient d'apporter une solution¹²³³. Selon, REYNAUD, afin de rétablir la justice socio-spatiale, il convient que « *la puissance publique pénalise le centre et aide d'une quelconque façon la périphérie, jouant ainsi un rôle redistributeur* ».

920. Au regard de ces définitions, il semble inutile de rechercher une « *stricte égalité* » dans l'accès aux soins. Il conviendrait plutôt de s'attacher aux besoins et caractéristiques individuelles, telle que l'âge, le genre, le statut social ou le territoire¹²³⁴. L'équité se mesure donc par rapport à un « *jugement de valeur selon lequel une inégalité sera qualifié de légitime ou non* »¹²³⁵. Dès lors, si l'accès et la distribution des soins est organisé sans tenir compte des besoins des populations, l'inégalité doit être considérée comme inéquitable, injuste ou inacceptable.¹²³⁶

921. Si le principe d'égal accès aux soins paraît juste, il est donc difficilement réalisable et ne tient pas compte des disparités socio-spatiales. En effet, actuellement, le premier choix d'installation des médecins ne se porte pas prioritairement sur les territoires ruraux. Les populations parfois âgées de ces territoires situés, par exemple, en zone montagnarde, ont donc moins facilement accès aux soins de santé. L'équité impose donc de prendre en considération le particularisme des territoires urbains ou ruraux, ainsi que les caractéristiques sociodémographiques des populations.

¹²³¹ H. PICHERAL, *Mots et concepts de la géographie de la santé*, Cahiers GEOS, n°2 (bis), Université Paul Valéry, Montpellier 3, 1996, 80 p. J.-M. MACÉ, *Le bassin de santé hospitalier : un outil de planification en Ile-de-France*, Thèse, p. 16.

¹²³² A. REYNAUD, *Société, espace et justice, Espace et liberté*, PUF, 1981.

¹²³³ J.-M. MACÉ, *op. cit.*, p. 17.

¹²³⁴ L. ROCHAIX, S. TUBEUF, *op. cit.* p. 4-5.

¹²³⁵ L. ROCHAIX, S. TUBEUF, *op. cit.* p. 5.

¹²³⁶ L. ROCHAIX, S. TUBEUF, *op. cit.* p. 5.

922. Dès lors, la « *Géographie Prévisionnelle des Emplois et des Compétences* » peut-elle devenir un outil de justice sociale? Peut-elle contribuer à la constitution d'un espace de qualité et de bien-être? Nous répondrons par l'affirmative à cette problématique. Gérer de manière proactive les emplois et les compétences d'un territoire en gardant pour objectif le respect de l'équité dans l'accès aux soins, peut contribuer à la création d'un espace de qualité et de bien-être. En effet, le terme d'équité introduit l'éthique dans les politiques de santé. Il dépasse le concept d'égalité des droits pour tenir compte des besoins et des comportements des populations sur un territoire. En définitive, questionner l'équité en santé et particulièrement dans le cadre de la GPECT, conduit à questionner « *l'efficacité pour tous et partout des politiques de santé* »¹²³⁷, et notamment des politiques en faveur des emplois et compétences du territoire.
923. Si la GPECT est une démarche au service du bien-être, elle doit proposer des solutions innovantes pour parvenir à son objectif d'équité (§2).

§2- La GPECT, une démarche « *force de proposition* » en termes de bien-être

924. En œuvrant en faveur de l'égal accès aux soins sur le territoire, la GPECT sort de son carcan habituel, pour tenter de répondre aux objectifs des politiques de santé publique. Dès lors, cette démarche empreinte d'audace, doit proposer des solutions innovantes afin de construire des espaces de qualité et de bien-être.
925. Ainsi, dans le cadre de la GPECT, la télésanté devient un atout au service du bien-être (I). De même, les collectivités territoriales représentent un partenariat au service du bien-être (II).

¹²³⁷ Paru dans Contact Santé n°231, *Regards aigus sur les inégalités sociales de santé – Des inégalités de santé à l'équité de santé*, p.43-45, 2010.

I- La télésanté: « un atout au service du bien-être »¹²³⁸

926. « Nous allons développer les outils de télémédecine, qui peuvent apporter une réponse très efficace aux besoins des populations rurales. La télémédecine, c'est l'avenir »¹²³⁹. Tels sont les propos tenus par le Président de la République, sur la réforme de l'hôpital, le 9 janvier 2009 à Strasbourg.
927. Face au développement des inégalités géographiques de santé, les NTIC apportent une réponse aux difficultés d'accessibilité aux soins et à l'information sanitaire. En ce sens, la télésanté en France représente « un nouvel atout au service de notre bien-être »¹²⁴⁰, œuvrant en faveur de l'égal accès aux soins sur le territoire. Une démarche GPECT ayant vocation à promouvoir la qualité des soins, pour tous et partout, doit donc œuvrer en faveur du développement des emplois et des compétences en termes de NTIC sur le territoire.
928. Le « plan quinquennal éco-responsable »¹²⁴¹ présenté par Monsieur Pierre LASBORDES, souligne ainsi toute l'importance du déploiement de la télésanté en France. « Un accès aux soins facilité », « une meilleure qualité de soins », « un maintien à domicile aussi long que possible », et « un plus grand confort dans la prise en charge »¹²⁴², représentent un certain nombre d'enjeux auxquels devra répondre la télésanté. Elle constitue un outil permettant d'assurer le bien-être et l'équité en termes d'accessibilité aux soins. Il est donc cohérent que les établissements du territoire orientent la GPECT vers cette problématique.
929. Nous illustrerons ce point de vue par l'exemple de la formation des professionnels de santé à l'utilisation du Dossier Médical Partagé (DMP). En effet, le DMP a vocation à assurer un suivi médical optimisé en favorisant la coordination, la qualité et l'accès aux soins¹²⁴³. En anticipant la formation des professionnels à ce nouvel outil, la GPECT va indirectement

¹²³⁸ P. LASBORDES, *La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être - Un plan quinquennal éco-responsable pour le déploiement de la télésanté en France*. 15 octobre 2009. 247 p.

¹²³⁹ Déclaration de M. Nicolas Sarkozy, Président de la République, sur la réforme de l'hôpital, à Strasbourg le 9 janvier 2009.

¹²⁴⁰ P. LASBORDES, *op. cit.*

¹²⁴¹ P. LASBORDES, *op. cit.*

¹²⁴² P. LASBORDES, *op. cit.* p. 4.

¹²⁴³ C. PERIBOIS, *TIC, santé et accessibilité : des outils au service d'espaces de qualité et de bien-être pour les citoyens-usagers ?* Colloque international EQBE, p. 75.

contribuer à la création d'un espace d'équité, accessible à tous. Il est donc nécessaire que les professionnels de santé soient formés à ce nouvel outil, ainsi qu'aux enjeux éthiques et juridiques relatifs notamment au devoir d'information, au recueil du consentement, à la confidentialité des données ou à la dignité de la personne. De cette manière, les établissements du territoire vont pouvoir anticiper et gérer les risques autour du dossier médical. Ils pourront notamment s'interroger sur les responsabilités professionnelles encourues par les médecins en cas de diagnostic partagé. De même, ils pourront mettre en place des outils de prévention relatifs à la traçabilité des informations et s'engager dans une démarche réflexive autour des conduites à tenir en cas d'atteinte au secret médical.

930. Via la télémédecine, la GPECT va également favoriser la mise en réseau des établissements, et ainsi permettre la création de « *pôle d'excellence* »¹²⁴⁴ destinés à maintenir une offre médicale de proximité et de qualité, et attirer de nouveaux professionnels de santé sur le territoire.

931. La GPECT va ainsi œuvrer en faveur du recrutement des professionnels sur les nouveaux métiers des TIC. Les établissements du territoire devront toutefois consentir à faire un effort quant à la rémunération des médecins pratiquant la télémédecine. A ce titre, le rapport d'information relatif « *aux collectivités territoriales et à la décentralisation, sur les territoires et la santé* »¹²⁴⁵, présenté par Madame Marie-Thérèse BRUGUIERE en 2011, rappelle que l'article 15 de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels n'intègre pas les actes de téléconsultation, dans la définition de la consultation médicale ouvrant droit à une prise en charge par l'assurance maladie. Afin d'inciter patient et médecin à recourir à cette nouvelle forme de consultation, le rapport préconise de « *généraliser le tiers-payant aux actes de téléconsultation* »¹²⁴⁶. Il recommande également de « *conférer, en concertation avec les représentants du secteur médical, un bonus de rémunération aux professionnels recourant à la télémédecine* ». Conscient de ces difficultés, il serait opportun que les établissements du territoire, mettent en œuvre des mesures de valorisation des rémunérations des médecins pratiquant la télémédecine, ceci afin d'encourager les actes de télésanté.

¹²⁴⁴ C. PERIBOIS, *op. cit.* Colloque international EQBE, p. 76.

¹²⁴⁵ M.-T. BRUGUIÈRE, Rapport d'information fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation, sur les territoires et la santé, N° 600 SÉNAT session ordinaire de 2010-2011. Enregistré à la Présidence du Sénat le 14 juin 2011.

¹²⁴⁶ M.-T. BRUGUIÈRE, *op. cit.* p. 37- 38.

932. Le développement des métiers de la télésanté via la GPECT, apporte donc sa contribution à la régulation des inégalités d'accès aux soins. Ces nouvelles technologies vont notamment permettre aux personnes handicapées physique ou sensoriel, d'avoir accès à l'information médicale¹²⁴⁷. Il convient toutefois de rester prudent, car la promotion des métiers de l'e-santé, ne doit pas contribuer à produire un effet inverse de « *marginalisation* » voire d'« *exclusion* »¹²⁴⁸ de certaines populations. En effet, le phénomène de « *fracture numérique* »¹²⁴⁹, fait que l'accès aux TIC est bien plus présent dans les bassins urbains. Corrélativement, une certaine partie de la population a moins accès à ce type de technologie. Par ailleurs, les populations ayant accès à ces techniques, n'ont pas nécessairement toutes, les connaissances suffisantes pour comprendre le fonctionnement de ces technologies et l'information qu'elles véhiculent. Il conviendra donc de veiller à ce que le développement des NTIC, ne produise pas un effet de « *déshumanisation du système de santé* », remplaçant « *l'enfermement du XIXème siècle* », par « *l'enfermement numérique du XXIème siècle* »¹²⁵⁰.
933. La GPECT devra donc assurer la promotion des métiers de l'e-santé, véritable « *atout au service du bien-être* ». Elle devra également s'assurer du soutien des collectivités territoriales, partenaire de premier ordre, au service du bien-être (II).

II- Les collectivités territoriales: un partenariat au service du bien-être

934. Si la GPECT veut tendre à réduire les inégalités dans l'accès aux soins, elle doit établir un solide partenariat avec les collectivités territoriales, afin d'inciter les étudiants à s'installer dans les zones sous-médicalisées. Rappelons-le, la GPECT est une démarche partenariale, qui ne peut se mener de manière isolée. Elle doit s'appuyer sur des partenaires ressources, tels que les collectivités territoriales pour revitaliser les territoires déficitaires.
935. La loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux¹²⁵¹, autorise les collectivités territoriales à accorder des avantages financiers, sous forme de bourses, aux

¹²⁴⁷ P. THOUMIE, *Recherche technologique et diffusion de l'innovation au service du handicap*, janvier 2004.

¹²⁴⁸ C. PERIBOIS, *op. cit.* Colloque international EQBE, p. 77.

¹²⁴⁹ C. PERIBOIS, *op. cit.* Colloque international EQBE, p. 77.

¹²⁵⁰ P. LASBORDES, *op. cit.* p. 5.

¹²⁵¹ Loi n°2005-157 du 23 février 2005, relative au développement des territoires ruraux. Chapitre II. Dispositions relatives à l'installation des professionnels de santé et à l'action sanitaire et sociale.

étudiants désireux d'effectuer leur stage en zone sous-médicalisées. A titre d'exemple, afin d'inciter l'accomplissement de stage dans sa région, la Bourgogne verse des indemnités de logement et de déplacement à ses stagiaires. De même, dans les départements de l'Allier et de la Manche, des bourses dont le montant peut parfois atteindre 24 000€, sont versées aux futurs médecins s'engageant à exercer en zone fragilisée pendant une durée de 6 ans. En concertation avec l'assurance maladie, il a également été convenu d'accorder des majorations d'honoraires de 20%, aux médecins exerçant en groupe pendant une durée de 3 ans. Le conseil général de la Marne propose notamment des solutions innovantes, en organisant le transport de patients à mobilité réduite de leur domicile, situé en zones sous-médicalisée, vers les cabinets médicaux¹²⁵².

936. Afin de renforcer l'attractivité de leur territoire, il est donc fréquent que les collectivités territoriales proposent aux futurs médecins, des avantages financiers tels que des primes d'installation, la mise à disposition de logement ou la prise en charges des frais de fonctionnement. Ce type d'action ne fait que croître et démontre tout l'enjeu que représente l'accessibilité aux soins pour les collectivités territoriales. Au regard de leur engagement en la matière, le rapport d'information JUILHARD, préconise de les associer à la mise en œuvre des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire, ainsi qu'à la détermination des zones sous-médicalisées¹²⁵³. En effet, les actions menées par les conseils généraux, régionaux ou l'assurance maladie jouent un rôle de premier ordre dans la réduction des inégalités d'accès aux soins. L'ensemble de ces mesures doit donc être mis en œuvre, en corrélation directe avec le SROS, mais plus encore, avec la démarche GPECT.

937. Le rapport préconise également de développer d'autres solutions innovantes, telles que les maisons de santé pluridisciplinaires accueillant en leur sein des acteurs sociaux. En effet, afin de proposer une offre de soins complète, les maisons de santé rassemblent des professionnels médicaux et paramédicaux, mais également et en collaboration avec les collectivités territoriales, des services sociaux de type aide à domicile ou portage de repas. Les collectivités territoriales participent également au fonctionnement de ces projets en contribuant notamment à l'acquisition des locaux de la future structure¹²⁵⁴.

¹²⁵² J.-M. JUILHARD, *op. cit.* p. 24-27. Note de synthèse, *Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ?*

¹²⁵³ J.-M. JUILHARD, *op. cit.* p. 27.

¹²⁵⁴ J.-M. JUILHARD, *op. cit.* p. 40-42.

938. La GPECT ne doit donc nullement négliger son action territoriale, et encore moins son action partenariale auprès des collectivités territoriales. Ayant pressenti les enjeux de l'attractivité territoriale, elles interviennent massivement et de manière structurée afin de combler les déficits d'accès aux soins des zones les plus fragilisées. Ainsi, en Lorraine, le conseil régional, l'ARH et l'Urcam ont agi de manière concertée et coordonnée, en concluant une convention ayant pour objet la promotion des maisons de santé sur le territoire¹²⁵⁵. Il s'agit là d'un exemple à suivre pour les acteurs de la GPECT, qui de toute évidence ne pourront parvenir à leur fin, qu'en agissant de manière concertée et coordonnée, en lien avec les partenaires territoriaux.

939. Afin de maintenir la mise en œuvre d'une médecine clinique spécialisée à exercice exclusif de proximité, la FEHAP recommande également le développement de « *plateaux techniques de proximité* »¹²⁵⁶. En effet, ainsi que le souligne le docteur Jean-François REY, président du syndicat Umespe¹²⁵⁷, « *face à la baisse démographique, à la volonté des jeunes médecins d'exercer d'une manière plus collective, seule l'émergence de plateaux cliniques, de maisons de spécialistes basées sur une organisation libérale, permettra la pérennité, en ville, d'une médecine clinique et spécialisée de proximité* »¹²⁵⁸. Le développement de ces plateaux techniques constitue donc une solution innovante que devront accompagner les collectivités territoriales.

Conclusion Section 2

940. En participant à la réduction des inégalités de santé, la GPECT apporte sa contribution à la constitution d'un espace de qualité et de bien-être. Elle dépasse sa mission première de gestion anticipée des ressources humaines, pour tendre à résoudre l'une des préoccupations majeure des pouvoirs publics. Pour ce faire, elle doit être une démarche audacieuse, développant les métiers de la télésanté et d'avantage de partenariat avec les collectivités territoriales.

¹²⁵⁵ J.-M. JUILHARD, *op. cit.* p. 42.

¹²⁵⁶ E. VIGNERON, S. HAAS, *op. cit.* p. 6.

¹²⁵⁷ Union nationale des médecins spécialistes confédérés.

¹²⁵⁸ UNOF (Union Nationale des Omnipraticiens Français), *Après les plateaux techniques, place aux plateaux cliniques*. 16 septembre 2010. <http://www.unof.org>.

Conclusion chapitre

- 941.** Au regard de ces éléments, nous ne pouvons que constater l'interdépendance entre GPECT, géographie de la santé et géographie du bien-être. Ces trois notions sont unies par un même lien contigu et participent à la constitution d'un « *cercle vertueux* » de la GPEC.
- 942.** En effet, l'évolution souhaitable de la GPEC traditionnelle est de tendre vers la qualité des soins, en s'appuyant notamment sur l'amélioration des conditions de travail des professionnels de santé. Parallèlement, l'évolution souhaitable de la GPEC Territoriale est de tendre vers la création d'un espace de bien-être accessible à tous, en s'appuyant sur les travaux des géographes de la santé.
- 943.** Dès lors, la GPECT peut apparaître comme étant une solution aux problématiques de densité médicale, mis en lumière par les travaux des géographes. Par ce biais, elle devient un outil de bien-être et de justice sociale.

Conclusion Titre II

- 944.** Venant parfaire les lacunes de la GPEC traditionnelle, la GPEC territoriale permet de mettre en valeur le territoire de santé. Elle matérialise la nécessaire cohérence entre les politiques nationales de l'Etat, du territoire et de l'établissement.
- 945.** Ralliant à sa cause les établissements d'un même territoire, elle vient donc servir les intérêts de l'administration en participant de la résolution des défis nationaux, en termes d'équité et d'accessibilité aux soins.
- 946.** Bien plus qu'une démarche subsidiaire, elle apparaît comme étant tout à fait capitale, permettant d'une part, d'affiner la démarche traditionnelle et d'autre part, d'ouvrir le sujet vers l'extérieur en sollicitant le regard des géographes et le partenariat des acteurs du secteur.

Conclusion Partie II

947. En tout état de cause, nous ne pouvons que constater la réelle opportunité stratégique que représente la GPEC, tant au niveau de l'établissement que du territoire de santé. Cette étude nous aura permis de resituer la notion *en intra* et *en extra*, dans son environnement interne puis dans un cadre plus vaste, composé d'acteurs hétéroclites, animés par la même volonté de faire vivre leur territoire.
948. Elle aura également le mérite de faire émerger deux « *cercles vertueux* » de la GPEC, s'exprimant l'un au niveau de l'établissement et l'autre au niveau du territoire de santé. Le premier cercle nous permet de constater que lorsque la GPEC favorise l'amélioration des conditions de travail des professionnels, elle tend à garantir l'accomplissement d'un travail de qualité, et corrélativement la qualité des soins. Le deuxième cercle, nous permet également de considérer que lorsque la GPEC s'appuie sur le diagnostic territorial des géographes de la santé, elle peut anticiper les inégalités et les fractures territoriales de demain et ainsi tendre vers le bien-être, c'est-à-dire vers l'équité et la justice sociale dans l'accès aux soins.
949. Bien plus qu'une démarche stratégique ayant pour objet l'anticipation de la gestion des travailleurs, la GPEC est donc guidée par des enjeux supérieurs en termes de qualité des soins, mais également de bien-être et de justice sociale dans l'accès aux soins.

Conclusion générale

- 950.** Au terme de notre étude, nous pouvons affirmer que la GPEC en santé répond à un mécanisme juridique, certes contraignant, mais ô combien nécessaire au vu de l'opportunité stratégique qu'elle représente.
- 951.** Appliquer la GPEC au domaine de la santé sollicitera la combinaison des diverses disciplines juridiques et non juridiques intéressant le secteur. Issue des pratiques RH, institutionnalisée par la législation du travail, la GPEC devra s'accorder avec le particularisme que représente le droit de la santé, droit mouvant, en perpétuelle évolution, fondé sur les notions de dignité et d'humanisme. En effet, la GPEC en santé est un sujet qui s'oriente naturellement vers l'homme, en tant que professionnel de santé, mais surtout en tant qu'utilisateur. Elle ne peut se contenter d'anticiper la gestion des travailleurs et doit être organisée autour de son sujet principal, à savoir le patient. Par ailleurs, la GPEC en santé est étroitement liée à la géographie de la santé, matière révélatrice des inégalités socio-spatiales et enrichissant de fait considérablement la discipline juridique.
- 952.** Au confluent du droit du travail et du droit de la santé, sollicitant de part et d'autre gestion des ressources humaines et géographie de la santé, la GPEC du secteur sanitaire, social et médico-social s'apparente nécessairement à une démarche originale, encline à l'innovation et aux hypothèses d'action.
- 953.** A travers cette étude, nous avons fait le choix d'aborder la GPEC sous le prisme d'un cercle virtuel, nous permettant non seulement de parcourir tout son périmètre, mais également de revenir à notre point de départ. En effet, l'existence de deux « *cercles* » GPEC, qu'il nous plait de nommer « *vertueux* », l'un passant par la qualité, l'autre par le bien-être, aura eu le mérite de nous permettre de faire le tour d'un sujet complexe, transdisciplinaire et ouvert aux solutions nouvelles.
- 954.** Dès lors, notre point de départ, la GPEC, devra évoluer vers une « *GPMC* » propre au champ de la santé. Au-delà du cadre juridique traditionnel, tel que posé par le Code du travail,

la « GPMC » devra s'adapter aux enjeux législatifs, mais également économiques et sociaux de secteur.

- 955.** Si la notion GPEC a déjà beaucoup évoluée, de la gestion prévisionnelle des effectifs, des carrières, à celle des compétences, il semble qu'aujourd'hui, la démarche s'apparente de plus en plus à une forme de « *knowledge management* », autrement dit, management par les connaissances. En effet, à l'heure de l'hôpital numérique et des coopérations, le « *knowledge management* », vise à faciliter la transmission des connaissances dites « *tangibles* », contenues dans les bases de données, ainsi que les connaissances « *tacites* », composées du savoir-faire des professionnels.
- 956.** Par ailleurs, à l'heure de la formation des déserts médicaux et de la pénurie des ressources humaines en santé, la GPEC du secteur semble devoir prendre les traits d'une véritable « *guerre des talents* », impliquant des mécanismes de surenchères et autres mesures visant à renforcer l'attractivité des établissements.
- 957.** En tout état de cause, la GPEC en santé ne saurait rester figée. Entraînée par l'évolution des législations du travail et de la santé, elle ne se trouve très certainement, qu'à l'aube de son développement et devrait encore évoluer au gré de l'évolution de l'organisation juridique des professions de santé. En effet, alors que la profession médicale ne reconnaît pas la notion de compétence, mais seulement celle de qualification postulée par un diplôme, le secteur de la santé ne devrait-il pas parler de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Qualifications ? Assurément, ce nouvel acronyme s'adapte parfaitement au champ de la santé, très attaché à la référence métier et à la qualification professionnelle des médecins.
- 958.** Dès lors, adopter la GPEC, c'est nécessairement l'adapter au secteur de la santé. Ce fil conducteur présent tout au long de notre démonstration traduit l'immense singularité de cette démarche dans un secteur peu soumis aux Plans de Sauvegarde de l'Emploi et confronté à des établissements publics, non soumis à la législation du travail. Les modalités de mise en œuvre d'une GPEC seront nécessairement différentes en fonction de la nature privée ou publique de l'établissement, de ses valeurs, laïques ou religieuses et de son histoire. C'est ce qui fait ici, toute la force et le dynamisme du sujet : adapter une mesure législative issue du Code du travail, au droit de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

A) Ouvrages et manuels généraux

B) Ouvrages spéciaux, thèses et rapports

1) Ouvrages spéciaux

2) Thèses et mémoires

3) Rapports, guides et études

C) Articles de revues

D) Articles de presses

E) Sites internet

A) Ouvrages et manuels généraux

- **AUBIN (G), J. BOUVERESSE (J)**, *Introduction historique au droit du travail*, PUF, coll. droit fondamental, 1^o éd., Paris : P.U.F. 1995. 318 p.
- **AUBY (JM)**, *Le droit de la santé*, PUF, coll. Thémis - Droit, 1981. 508 p.
- **BORGETTO (M.), DUPEYROUX (J. -J), LAFORE (R.)**, *Droit de la sécurité sociale*, 16^o éd., Coll. Précis Dalloz, Dalloz-Sirey, 2008.
- **CARBONNIER (J)**, *Flexible droit – Textes pour une sociologie du droit sans*

- **LAUDE (A), MATHIEU (B), TABUTEAU (D)**, *Droit de la santé*, PUF, coll. Thémis, 2012, 768 p.
- **MALLET (L)**, *Gestion prévisionnelle de l'emploi et des ressources humaines*, p.10, Paris, éd. Liaisons, 1991, 200 p.
- **MORVAN (P)**, *Droit de la protection sociale*, 4^o éd., éd. Litec, 2009.
- **PELISSIER (J), SUPIOT (A), JEAMMAUD (A), AUZERO (G)**, *Droit du travail*, 24^o éd., Éd. Dalloz-Sirey, 2008.
- **PERETTI (J.-M)**, *Ressources humaines*, 10^{ème} édition, éd. Vuibert, 2006-2007, 596 p.
- **PESKINE (E), C. WOLMARK (C)**, *Droit du travail 2014*. Dalloz, 708 p.
- **RAY (J.E)**, *Droit du Travail, droit vivant*, 22ème éd., Liaisons, 2013.

B) Ouvrages spéciaux, thèses et rapports

1) Ouvrages spéciaux

- **ADAM (P)**, *L'individualisation du droit du travail. Essai sur la réhabilitation juridique du salarié-individu*, LGDJ, 2005, 556 p.
- **AMADIEU (J.-F), CADIN (L)**, *Compétence et organisation qualifiante*, Paris, Economica, 1996, Coll. Gestion poche, 110 p.
- **ANTONMATTEI (P-H)**, *Les clauses du contrat de travail*, éd. Liaisons, coll. Droit vivant, 2005, 113 p.
- **BAILLY (A)**, *La géographie du bien-être*. Paris. PUF, 1982. 239 p.
- **BAILLY (A), BEGUIN (H)**, *Introduction à la géographie humaine*, Masson, 1992, pp. 57-72.
- **BERGER (P)**, (1967), *Etapes de la prospective*, Paris, PUF, 344 p.

- **BERNIER (P-H), GRESILLON (A)**, *La GPEC - 2e éd - Construire une démarche de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétence*, DUNOD, 2012, 240 p.
- **BERTON (F), DOUENEL (G)**, *Gestion prévisionnelle des emplois et formation*, Centre Inffo, 1990, 128 p.
- **BLANCHARD-LAVILLE (C), FABLET (D)**, *L'analyse des pratiques professionnelles*, Paris, L'Harmattan, 1996. 264 p.
- **CADIN (L), GUÉRIN (F), PIGEYRE (F)**, *Gestion des ressources humaines, Pratique et éléments de théorie*, éd. DUNOD, 2007. 622 p.
- **COLLIERE (M.-F)**,
 - *Soigner le premier art de la vie*, Inter Editions, 1996, 440 p.
 - *Promouvoir la vie*, Inter éditions, 1992, 391 p.
- **COHEN (M)**, *Le droit des comités d'entreprise et des comités de groupe*, LGDJ, 7^{ème} édition, 2003, p.48.
- **CHARLEUX (F), DEBIEUVRE (P)**, *Bâtir une GPEC*. éd. Directions. Hors-série n°6. Mai 2011.
- **CUCHE (P)**, *La législation du travail et les transformations du droit*, Cahiers de la nouvelle journée, 1925, n° 4, p. 185.
- **DAVID (O)**, *L'accueil de la petite enfance. Services et aménagement du territoire*, Collection Espace et Territoires, Presses Universitaires de Rennes, 1999, 243 p.
- **DERENNE (O), LUCAS (A)**, *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière, Vol. 2, Le développement des ressources humaines*, éd. ENSP.
- **DEJOURS (C)**,
 - *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel, critiques et fondements de l'évaluation*, INRA éd. Paris, 2003, p. 53.

- *Souffrance en France, La banalisation de l'injustice sociale*, Seuil, Paris, 2000.
- **DEJOUX (C)**, *Gestion des compétences et GPEC, 2008-2009*, DUNOD, Paris 2008. 127 p.
- **DEJOUX (C), DIETRICH (A)**, *Le management par les compétences : le cas Manpower*, Pearson, 2005. 233 p.
- **DESCOLONGES (M)**, *Qu'est-ce qu'un métier ?*, Paris, PUF, 1996, 264 p.
- **DOMAT (J), D'HERICOURT DU VATIÉ (L), L'USURIER DE BOUCHEVRET (B), BERROYER (C), CHEVALIER (L)**, *Les Loix civiles dans leur ordre naturel, le droit public, et legum delectus*, Paris, chez Le Breton, 1756.
- **DORAY (B)**, *La Dignité. Les debouts de l'utopie*, La Dispute, 2006, 394 p.
- **DUPONT (M)**, *L'AP-HP, établissement public de santé après la loi du 31/7/91*, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, 1994, 245 p.
- **ESTRYN-BEHAR (M)**, *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Rennes, EHESP ; 2008.
- **GILBERT (P), PARLIER (M)**, *La gestion prévisionnelle des ressources humaines : fondements, bilan et mise en place*, in Weiss D., *Les Ressources Humaines* (3ème édition), 2005. Éditions d'Organisation, p. 489-524.
- **GALAMBAUD (B)**, *Des Hommes à gérer : Direction du personnel et gestion des ressources humaines*, Éditions ESF, Paris, 3^{ème} éd, 1994, 209 p.
- **GAZIER (B)**, *L'employabilité*, in ALLOUCHE (J) (coord.), *Encyclopédie des ressources humaines*, Vuibert, p.418-427.
- **GODET (M), MONTI (R)**, *Les pratiques de Prospectives en Gestion des Ressources Humaines*, in ALLOUCHE (J), éd. *Encyclopédie des ressources humaines*, Vuibert, 2002, pp. 1155-1165.

- **HATEM (F), CAZES (B), ROUBELAT (F)**, *La prospective Pratiques et Méthodes*, éd. Economica. 1993. Ed. Coll Gestion. 385 p.
- **JACQUART (D)**, *Le milieu médical en France du XII^e au XV^e siècle*, annexe du deuxième supplément au dictionnaire d'Ernest WICKERSHEIMER, Genève, Librairie Droz, 1981. 487 p.
- **JAEGER (M)**, *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-social*, DUNOD, 2005, p. 1248 p.
- **JOUVENOT (C), PARLIER (M)**, *Elaborer des référentiels de compétences*, 2005, éd. ANACT, 464 p.
- **KORNPROBST (L)**, *Responsabilité du médecin devant la loi et la jurisprudence française*. 1957. 1055 p.
- **LABORDE (J.-P.)**, *Droit de la sécurité sociale*, éd. PUF, éd. 2005.
- **LACOSTE (O)**, *Géopolitique de la santé, le cas du Nord-Pas-de-Calais*. Paris, La Découverte, 1994.
- **LALLEMANT (A)**, *Le travail. Une sociologie contemporaine*, Coll. Folio, série Essais, éd. Gallimard, 2007, 672 p.
- **LE BOTERF (G)**,
 - *Construire les compétences individuelles et collectives*, éd. d'organisation, 2004, 244 p.
 - *De la compétence à la navigation professionnelle*, Paris, Les éd. d'organisation, 1997, 296 p.
 - *De la compétence, Essai sur un attracteur étrange*, Paris, les éd. d'organisation, 1994, 175 p.
 - *Développer la compétence des professionnels – construire les parcours de professionnalisation*, éd. d'organisation, 2002, 312 p.

- *Repenser la compétence. Pour dépasser les idées reçues : 15 propositions. Raisonner juste pour une GPEC enfin efficace.* Eyrolles, éd. d'organisation, 2010, 140 p.
- **LE CROM (J-P)**, *Deux siècles de droit du travail, L'histoire par les lois* (dir.), Paris, Les éditions de l'Atelier, coll. Points d'appui, 1998, 287 p.
- **LE GOFF (J)**, *Du silence à la parole. Une histoire du droit du travail des années 1830 à nos jours*, PUR, 2004, 624 p.
- **LE MANDAT (M)**, *Prévoir l'espace hospitalier*, Berger-Levrault, 1989, 665 p.
- **LE PEN (C)**, *Les habits neufs d'Hippocrate : du médecin artisan au médecin ingénieur.* 1999, Paris, éd. Calmann-Lévy, 269 p.
- **LEROY (F)**, *Les stratégies des entreprises*, DUNOD, Coll. Les Topos, 2012, 128 p.
- **LORENZATO (B), PETY (O)**, *Le pauvre, huitième sacrement*, Paris, Mediaspaul Editions, Coll. Histoire de l'Eglise, tome 1, 2008. 212 p.
- **LYON-CAEN (G)**, *Le droit du travail non salarié*, éd. Sirey, Paris, 1990.
- **MASQUEFA (C)**, *La restructuration*, Paris LGDJ, Coll. Bibliothèque de droit privé, 2000, p. 101.
- **MEYER (F), SACHS-DURAND (C)**, *L'évolution du rapport salarial* in *Le droit collectif du travail, Etudes en hommage à Mme le professeur H. SINAY*, éd. Peter Lang 1994, p 369.
- **MOLLAT (M)**, *Les pauvres au moyen âge.* Bruxelles, éd Complexe, 1984, 392 p.
- **MOREL (F), CRENO-CHAUVEAU (M), ROIG (P)**, *l'Europe du travail et de l'emploi en 70 fiches*, éd. Liaisons, Coll. Liaisons sociales, 2006, 371 p.

- **PERETTI (J.-M), (Dir), COUGARD (A), MALAPRADE (V)**, *Tous talentueux*, éd. Eyrolles, 2003, 452 p.
- **PICHERAL (H)**,
 - *Mots et concepts de la géographie de la santé*, GEOS, 2ème édition, 1996, 39 p.
 - *Médecine libérale et espace médical en France, spécialisation et besoins*, in A. BAILLY et M. PERIAT, *Médicométrie régionale*, Paris, Anthropos, 1984, pp. 33-57.
- **PITCHO (B)**, *Le statut juridique du patient*, Les Etudes Hospitalières, coll. Thèses, n°15, 2004, préf. VIALLA (F).
- **PORTES (L)**, « *Du consentement à l'acte médical* », in *A la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson et PUF, 1955, p. 163.
- **RAOULT (N)**, *Gestion Prévisionnelle et Préventive des Emplois et des Compétences en milieu hospitalier*, éd. l'Harmattan, 1991, 285 p.
- **RAWLS (J)**, *Théorie de la justice*. Seuil, 1987.
- **REYNAUD (A)**, *Société, espace et justice, Espace et liberté*, PUF, 1981.
- **REYNAUD (J.-D)**, *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Armand Colin, 1989-1997, 306 p.
- **RICOEUR (P), KEMP (P), (Dir.)**, *Les trois niveaux de jugement médical, Le discours bioéthique*, Cerf, 2004, p. 35-49, 113 p.
- **ROSA (J)**, *D'une médecine l'autre. De l'artisanat à la haute technologie*, Odile Jacob, 2003, 320 p.
- **ROSANVALLON (P)**, *La question syndicale*, Hachette, 1999, 273 p.
- **ROYON (C), PHILIBERT (R)**, *Les pauvres, un défi pour l'Eglise*, Paris, Les Éditions de L'Atelier, 1994, p. 241.

- **SAVATIER (R), AUBY (J.-M), PEQUIGNOT (H)**, *Traité de droit médical*, 1956, 574 p.
- **TANGUY (L)**, *De l'évaluation des postes de travail à celle des qualités des travailleurs. Définitions et usages de la notion de compétence*, in *Le travail en perspectives*, sous la dir. de SUPLOT (A), LGDJ, collect. Dr. et société, n°22, 1998, p. 545.
- **THIERRY (D), SAURET (C)**, *La gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences*, Paris, éd. L'Harmattan. Coll. Pour l'emploi, 1993, 268 p.
- **THIETART (R-A), XUEREB (J-M)**, *Stratégies, concepts, méthodes mises en œuvre*, éd. DUNOD 2005.
- **TONNELIER (F), VIGNERON (E)**, *Géographie de la santé en France*, Que Sais-Je ? n°3435, PUF, 1999, 125 p.
- **TRUCHET (D), J. MOREAU (J)**, *Droit de la santé publique*, Dalloz, coll. Mémentos, 2004, 261 p.
- **VANNOTTI (M)**, *Le métier de médecin. Entre utopie et désenchantement*. éd. Médecine et hygiène. 250 p.
- **VIAL (M), THUILLIER (O)**, *L'évaluation au quotidien des cadres de santé à l'Hôpital*, Paris, éd. LAMARRE, 2003, 220 p.
- **VIALLA (F)**,
 - *Les grands Avis du Comité Consultatif National d'Ethique*. LGDJ juin 2013.
 - *Les grandes décisions du droit médical*, direction F. VIALLA. LGDJ, 2009, 668 p.
 - *L'introduction du fonds libéral en droit positif français*, Litec, coll. Bibl. du droit de l'entreprise, 1999, n°39, préf. DAIGRE (J.-J).
 - *Jurisprudences du secteur social et médico-social*, DUNOD, 2012, 528 p.

- **WATSON (J)**, (traduction française sous la direction de Josiane Bonnet) *Le caring*, Philosophie et science des soins infirmiers. Paris : SELI ARSLAN, 1998. 317 p.
- **WICKERSHEIMER (E)**, *Dictionnaire biographique des médecins de France au Moyen Age*, nouvelle édition sous la direction de Guy BEAUJOUAN et supplément par Danielle JACQUART, Genève, Droz, 1979, 365 p.
- **ZARIFIAN (P)**, *Le modèle de la compétence*, éd. Liaisons, 2001, 114 p.

2) Thèses et mémoires

- **BECHAT (P.-H)**, *Territoire et égalité d'accès aux soins et à la santé*. Thèse de doctorat en droit public soutenue le 12 novembre 2012. Université Panthéon-Assas. p. 72.
- **BOILEAU (C)**, *Le statut de l'équipe médicale en droit privé*, thèse de droit, Montpellier, Atelier national de reproduction des thèses, 2010.
- **DEDESUS-LE-MOUSTIER (N)**, *La gestion prévisionnelle de l'emploi et le droit du travail*, Thèse université Rennes I, 18 mars 1996.
- **FRANCHISTEGUY (I)**, *Gérer le changement organisationnel à l'hôpital, Des diagnostics vers un modèle intégrateur*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université Jean Moulin, Lyon III, 19 oct. 2001.
- **FRANCONI (V)**, *L'actualité des attributions économiques du comité d'entreprise en matière économique*, Thèse de doctorat en droit, université Lumière Lyon 2, 2010.
- **GUILHON (A)**, *Etude de la relation entre le changement organisationnel et l'investissement intellectuel dans les PME*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université Montpellier I, 15 oct. 1993, 380 p.
- **MACÉ (J.-M)**, *Le bassin de santé hospitalier : un outil de planification en Ile de France*. Thèse. Décembre 2000, 401 p.

- **PROVESAN (D)**, *Les restructurations des cliniques privées, Adaptation, évolution ou métamorphose*, Thèse de doctorat en science de gestion, Université Jean Moulin, Lyon 3.
- **ROCHER (M)**, *La mise en œuvre d'une politique de GPEC : l'exemple du centre hospitalier de Haguenau*, Mémoire de l'ENSP, 2004.
- **ROUSSET (G)**, *L'influence du droit de la consommation sur le droit de la santé*. Thèse présentée et soutenue publiquement le 25 octobre 2007.

3) Rapports, guides et études

- **ANACT**,
 - **CHAPPERT (F)**, *La gestion des âges au travers des accords de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*. ANACT, 2007.
 - **CHAPPERT (F), MARTINET (N)**, *Gestion Prévisionnelle des Emplois et des compétences (GPEC), Que nous disent les accords signés ? Analyse de 55 accords d'entreprises et de groupes*. ANACT, département Compétence, Travail, Emplois, nov. 2008.
- **ANAP**,
 - *Améliorer la gestion des ressources humaines – Evaluation professionnelle du personnel non médical – Recueil des pratiques observées*, 2011, 74 p.
 - *Améliorer la gestion des ressources humaines. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Recueil des pratiques observées*, 2011, 86 p.
 - *Améliorer la gestion des ressources humaines, Mobilité professionnelle, recueil des pratiques observées*, 2011, 66 p.
 - *Guide méthodologique des coopérations territoriales*, A. ARNAUD, H, LEHERICEY, M. TASSERY, 2011.

- *La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe. Un éclairage pour le déploiement national.* Tome 1, les grands enseignements, Mai 2012. 76 p.
- *Les parcours de santé des personnes âgées sur le territoire. Réaliser un diagnostic et définir une feuille de route pour un territoire.* 2012. 80 p.
- *Piloter et manager les projets au sein du pôle,* Avril 2012, 62 p.
- **ANESM**, *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*, mai 2010.
- **ARACT**,
 - *GPEC et conditions de travail - Fiche outil n°4. GPEC-GPEC Territoriale : repères pour l'action en Languedoc-Roussillon.*
 - *GPEC - GPEC Territoriale. Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Repères pour l'action en Languedoc-Roussillon. Fiche n°2. Parcours professionnels.*
 - **S. MICHUN**, *GPEC - GPEC Territoriale : repères pour l'action en Languedoc-Roussillon. Fiche 7 : Territoires et Compétences.*
- **ARHIF**, *Démarche « métiers-compétences 2012 », Guide pratique de mise en œuvre*, 64 p.
- **Centre d'Analyse Stratégique**, *Y a-t-il encore des marges d'efficience à l'hôpital ?*, n° 181, juin 2010, http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/Note_Veille181_hopital.pdf.
- **CNOM**, *Atlas national de la démographie médicale*, Ed. 2013.
- **CNOM**, *Les préconisations du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Télémédecine 2009. De quelles compétences doivent faire preuve les médecins ?* p. 15.
- **CNPF (Conseil National du Patronat Français)**, *Gestion anticipative des emplois et*

– **DGOS,**

- *Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémedecine*, p. 95.
- *Hôpital numérique - Le programme Hôpital numérique : des systèmes d'information hospitaliers au service des professionnels de santé*. Brochure du programme Hôpital numérique. <http://www.sante.gouv.fr/le-programme-hopital-numerique.html>.
- SDRH2S - Bureau des Ressources Humaines RH4, *Expérimentation de l'entretien professionnel dans la fonction publique hospitalière*.

– **DHOS,**

- *Guide méthodologique d'élaboration d'un outil de simulation des effectifs par métier*, mai 2010, 10 p.
- *Note méthodologique pour l'élaboration des diplômes du ministère chargé de la santé*, GAY (C), nov. 2005.

– **DREES, Document de travail,**

- **BLOY (G)**, *Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ?*, DRESS, Document de travail n°104, février 2011.
- **GHADI (D), NAIDITCH (M)**. *L'information de l'usager/consommateur sur la performance du système de soins*. DREES, Document de travail n°13, juin 2001.
- **SICART (D)**, *Les médecins au 1^{er} janvier 2011*, DRESS, document de travail n°156, mai 2011, partie 2.

- **DA COSTA (I)**, *Restructurations en Europe et Dialogue Social face à la crise*, Paris, Europe et Société, 2010, 63 p.
- **ESTRYN-BEHAR (M)**, *Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant*, Etude PRESST-NEXT, janvier 2004.
- **LETARD (V)**, *Dossier de presse : Vers des plans régionaux des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes*, Secrétariat d'état à la solidarité, 12 fév. 2008, 19 p.
- **MACÉ (J.-M)**,
 - *Le rôle des ARS dans la territorialisation des politiques de santé : terrains d'étude, ARS d'Ile-de-France et Poitou-Charentes*, ARZEL (M), DENÉCHERE (L), Julien LE COZANNET (J), MICALET (S), TRICOIT (E), MACÉ (J.-M) (Dir.). St Etienne: En3s, 2011. 83 p.
<http://brise.en3s.fr/2011/Recherche-action/ARS.pdf>.
 - *L'apport de la géographie et de l'approche territoriale dans la performance des organismes de Sécurité sociale. Application à l'accueil physique dans la branche famille*. BASTELICA (C), BEUNON (V), BRUNEL (S), COULET (E), DOS SANTOS (C), MARTIN (A.-S), MACÉ (J.-M) (Dir.). En3s, 2013, 161 p.
<http://www.en3s.fr/articles-regards/reac/PERFORMANCE.pdf>
- **MOLINIE (E)**, *L'hôpital public en France, bilan et perspectives*, Etude du Conseil économique et social, 21 juin 2005, p. 6.
- **OULD-KACI (K), LACOSTE (O)**, *Éléments pour une prospective régionale des professionnels de santé*. Observatoire régional de la santé Nord-Pas-de-Calais, 2011. p. 32-35.
- **PEPIN (P), MACÉ (J.-M)**, *Atlas de la santé en Ile-de-France, les pathologies et les facteurs de risque*, fiches 3 et 4, p. 38-39, septembre 2005, 145 p.

– **Etudes de la DARES,**

- **CHARDON (O), ESTRADE (M.-A), TOULEMONDE (F)**, *Les métiers en 2015 : l'impact du départ des générations du baby-boom*, Premières informations Premières synthèses, Etude de la DARES, Déc. 2005, n°50.1, 8 p.
- **MAGGI-GERMAIN (N) et CAILLAUD (P)**, *Les évolutions du cadre juridique du droit de la formation professionnelle continue : un changement de paradigme ?*, Rapport de recherche, nov. 2006, 317 p. Pour l'appel d'offre de la DARES, « *Le droit et l'effectivité de droit à la formation professionnelle continue* ».

– **FEHAP**, *Les clefs de l'accès aux soins. Inégalités sociales et territoriales. Pour une santé plus proche, plus accessible, pour tous, les propositions de la FEHAP*. VIGNERON (E), HAAS (S), Mars 2012. FEHAP. www.fehap.fr.

– **GARF,**

- *Enjeux pour la formation, pratiques et méthodes*, Etude, octobre 2008.
- *Sécurisation des parcours professionnels : de la formation vers une ingénierie des parcours*, Etude, octobre 2010.

– **HAS,**

- **COMPAGNON (C), GHADI (V)**, *La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé, Etude sur la base de témoignages*, Haute Autorité de Santé (HAS) (2009). Etude sur la base de témoignages. La-Plaine-Saint-Denis : HAS, 2009, 97 p.
- *Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, Principes généraux, Méthode Recommandations pour la pratique clinique*, Mai 2012, 18 p.
- *Note de cadrage « Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation »*. Service évaluation économique et santé publique, Juin 2011. www.has-sante.fr.

– **IGAS Rapports,**

- **ACKER (D), BENSADON (A.-C), LEGRAND (P), MOUNIER (C),** *Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants*, Avril 2012. Rapport IGAS, n°RM2012-046P. 111 p.
 - **BRAS (P.-L), DUHAMEL (G),** *Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins*, IGAS. Rapport RM 2008, 69 p.
 - **BRAS (P.-L), GOHET (P), LOPEZ (A),** *Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé*, IGAS, RM 2010-090P, juil. 2010.
 - **FOUQUET (A), TREGOAT (J.-J), SITRUK (P), IGAS,** *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*. Rapport de synthèse IGAS. N°RM2011-064P. 121 p.
 - **LALANDE (D), SCOTTON (C), BOCQUET (P.-Y), BONNET (J.-L),** *Fusions et regroupements hospitaliers : Quel bilan pour les 15 dernières années ?* Rapport, IGAS, n°RM2012-020P, Mars 2012.
 - **REMY (P.-L), LOPEZ (A),** *Mesure de la satisfaction des usagers en établissement de santé*, Rapport, IGAS, RM2007-045P, mars 2007.
 - **TOUPILLIER (D), YAHIEL (M),** *Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*, IGAS, Janv. 2011.
- **INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé),** *Agences Régionales de Santé. Les inégalités sociales de santé*, BASSET (B) (Dir.), Août 2009, 209 p.
- **INVS (Institut de Veille Sanitaire),** *Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles*, COHIDON (C), GEOFFROY-PEREZ (B), FOUQUET (A), LE NAOIR (C), GOLDBERG (M), IMBERNON (E), Rapport, publié en avril 2010.

- **IRDES,**
 - **TONNELIER (F),** *Quelques méthodes de délimitations des bassins de santé: bassins de population, espaces de soins, zones d'attraction*, Actes du colloque d'Ajaccio (Site IRDES), 2002 - aea.fed-eco.org.
 - **OR (Z), RENAUD (T),** *Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital*, IRDES, Document de travail n°23, mars 2009, 24 p.
- **Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées,**
 - *Territoires et accès aux soins*, Rapport du groupe de travail, **POLTON (D), MAUSS (H)**, juin 2003, 89 p.
- **Ministère de la Santé et des Sports,**
 - *Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière*. éd. Ecole Nationale de la Santé Publique, 2007, tome 1.
 - *Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière*. Tome 2, *Monographie des 10 métiers et groupes métiers sensibles*. 2007, éd. Ecole Nationale de la Santé Publique.
- **Ministère de l'économie de l'industrie et de l'emploi,**
 - *Guide pour l'action - Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences de Territoire - Expériences et bonnes pratiques des Comités des Bassins d'Emploi*. Mai 2009.
 - *Guide d'action GPEC Territoriale*. Mai 2010.
- **OMS,**
 - *Une vérité universelle : Pas de santé sans ressources humaines*. Rapport, Novembre 2013.
 - *Travailler ensemble pour la santé. Rapport sur la santé dans le monde*. 2006. Genève.

- *Plaidoyer pour la couverture sanitaire universelle*, Rapport 2013.
- *Rapport sur la santé dans le monde, 2010 – Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*. Genève.
- **OPIIEC (Observatoire Paritaire des métiers de l’Informatique, de l’Ingénierie, des Etudes et du Conseil)**, *Les technologies de l’information au service des nouvelles organisations de soins : création de valeur engendrée par le secteur des TIC santé en France*. 2011.
- **Rapports**
 - **AUROUX (J)**, *Les droits des travailleurs*, Rapport au Président de la République et au Premier Ministre, La Documentation française, 1982.
 - **BERLAND (Y)**,
 - *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner*, Rapport, 2008.
 - *Rapport d’étape de la mission « Coopération de professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »*, Ministère de la santé, de la famille et des personnes, Oct. 2003, 57 p.
 - **DIEFENBACHER (M)**, *Rapport sur l’intéressement collectif dans la fonction publique*, mai 2009, 49 p.
 - **DIONIS DU SEJOUR (J), ETIENNE (J.-C)**, *Rapport sur les télécommunications à haut débit au service du système de santé*. Rapport de l’Assemblée Nationale n°1686, juin 2004, p.38.
 - **GUEGOT (F)**, *L’égalité professionnelle hommes-femmes dans la fonction publique*. www.ladocumentationfrancaise.fr. Paris 2011.
 - **HENART (L), BERLAND (Y), CADET (D)**, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire – Professionnels d’aujourd’hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*. Janv. 2011.

- **LACHMANN (H), LAROSE (C), PENICAUD (M)**, *Bien-être et efficacité au travail, 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail*, Rapport, fév. 2010, 19 p.
- **LAURENT (D)**, *Rapport sur la formation médicale continue des médecins libéraux*, Rapport, nov. 2002, 43 p.
- **LARCHER (G)**, *La formation professionnelle : clé pour l'emploi et la compétitivité*, Rapport, avril 2012, 65 p.
- **MATILLON (Y)**, *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*, Rapport de mission, Août 2003, 94 p.
- **MATILLON (Y), LE BŒUF (D)**, *Métiers de la santé – Evaluation des compétences – Essai d'analyse en France et sur le plan international*, p. 56-59.
- **MILON (A)**, *Rapport d'information sur l'avenir de la chirurgie en France*, n°287, Sénat, session ordinaire de 2007-2008.
- **MORET-BAILLY (J)**, *L'organisation juridique des compétences des professionnels de santé*, Annexe 1 du rapport Y. MATILLON, *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*, 2003.
- **ROUILLEAULT (H)**, *Anticiper et concerter les mutations*, Rapport, 2007, 186 p.
- **SINGLY (C)**, *Rapport de la mission cadres hospitaliers*, 11 sept. 2009.
- **TABUTEAU (D) (Dir.)**, *Rapport 2008 de l'Office de Prospective en Santé*, Editions de santé et Presses de Sciences-Po, août 2008.
- **VALLANCIEN (G)**, *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, Rapport, Paris, 2006, 77 p.

– SENAT

- **BRUGUIÈRE (M.-T)**, *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation sur les territoires et la santé*. Rapport n°600, 2010-2011.
- **JUILHARD (J.-M)**, *Rapport d'information sur la démographie médicale*. Rapport n°14, 2007-2008.

4) Colloques, séminaires et congrès

- **ANACT**, *André COMTE-SPONVILLE. Le regard d'un philosophe sur travail, bonheur et motivation*. Interview réalisée dans le cadre du Forum USI (Université du Système d'Information), un événement Octo Technology. Diffusé le 31 juillet 2012 par l'ANACT.

http://www.anact.fr/portal/page/portal/web/Videos/Videos_detail?p_thingIdToShow=27823599, diffusé le 30/07/2012 par l'ANACT.

- **BARBARINO-SAULNIER (N)**, *Espace, qualité de vie et bien-être, actes du colloque EQBE*, FLEURET (S) (dir.), 2006, Presses Universitaires d'Angers / SODIS, 318 p. Géocarrefour, vol. 81/4 | 2006, 310. Colloque international EQBE, *Peut-on prétendre à des espaces de qualité et bien-être?* Angers les 23 et 24 septembre 2004.
 - **HOYEZ (A.-C)**, *Le bien-être. Mondialisation du concept, transplantation des pratiques*.
 - **PERIBOIS (C)**, *TIC, santé et accessibilité : des outils au service d'espaces de qualité et de bien-être pour les citoyens-usagers ?*
 - **REYNAUD (L)**, *Des lieux où il fait bon vivre : la demande sociale du risque « zéro » d'un côté, l'inquiétude et les réponses de géographe de l'autre*.
 - **TONNELIER (F)**, *Un espace utopique de bien-être: « Le médecin de campagne » d'Honoré de Balzac*.

- **BELANGER (M)**, *Le droit à la santé, droit fondamental de la personne humaine*. Animation régionale de Dakar Réseau des chercheurs « *Droit de la Santé* ». Agence Universitaire de la Francophonie (AUF). 29 mars au 1er avril 2005. Intervention e jeudi 31 mars 2005, session 3 : « *Le droit à la santé, droit fondamental de l'être humain* ».
- **BELLINI (S)**, *Les chemins de la GPEC. Les enseignements d'une recherche-intervention sur l'appropriation de la démarche GPEC dans le secteur médico-social*, Actes du XXe Congrès de l'AGRH, Toulouse, septembre, France, 2009.
- **CEREQ**, *Créativité et innovation dans les territoires : une stratégie d'avenir?* Sous la direction de Stéphane MICHUN. 5ème université d'été « *Emploi, Compétences et Territoires* », 6, 7, 8 juillet 2011, Montpellier.
- **DIETRICH (A)**, *La gestion du changement dans la politique RH*, Conférence pour la CCIM et pour la DTEFP, Mayotte, nov. 2007.
- **FLEURET (S), SECHET (R)**, *Géographie sociale et dimension sociale de la santé*. Texte pour colloque ESO, *Espaces et Sociétés*, p. 1-7.

<http://eso.cnrs.fr/spip.php?article309>
- **GIRAUDEAU (N)**, Salon ingénierie de la santé. Montpellier le 5 et 6 décembre 2013. Intervention de GIRAUDEAU (N). *Quelles nouvelles pratiques de santé avec les TICs ? Télémédecine bucco-dentaire : projet e-DENT*.
- **GRASTILLEUR (S)**, Colloque FORMATIC PARIS 2013 : *Quelles compétences en système d'information pour les professionnels de santé ?*
- **HAS**,
 - Actes du séminaire, *Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé*, 21 octobre 2010, La Plaine Saint-Denis.
 - *Qualité de vie au travail et qualité des soins en établissement de santé*, Séminaire du 20 octobre 2010, Synthèse.

- *Qualité des soins et qualité de vie au travail : un cercle vertueux ?* Rencontre HAS, 2011, Table ronde 5 du 18 nov. 2011. Modérateur : LE LUDEC (T). Intervenants : BARRETEAU (A), CHALOCHE (A), DAVEZIES (P), LEVET (P).
- **JOUVENOT (C), PARLIER (M)**, La constitution d'un acteur collectif, condition d'une GPEC-Territoriale, XXII Congrès AGRH, 26-27 Octobre 2011, Marrakech.
- **MACÉ (J.-M)**, *Répercussion du vieillissement de la population sur la consommation hospitalière et sur la démographie médicale dans les territoires en France métropolitaine : exemple des obstétriciens*. 2^{ème} colloque International du CIST, Fronts et frontières des sciences du territoire, 27-28 mars 2014.
- **OMNES (L)**, *L'hôpital de demain*. Texte de la 522e conférence de l'Université de tous les savoirs donnée le 19 janvier 2004. http://www.canal-u.tv/video/universite_de_tous_les_savoirs/l_hopital_de_demain.1380. Economiste, Louis OMNES est Directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire Est.
- **RAULET-CROSET (N)**, *La construction d'une action publique locale en matière de sécurité : territoires d'action et choix organisationnels – Le cas d'un Contrat local de sécurité*, 15^o Colloque international de la revue Politiques et Management public, Paris France, 2006.
- **ROCHAIX (L), TUBEUF (S)**, *Equité en santé : Apports de l'analyse économique et perspectives de recherche*. Congrès, Lille, FRA, 2007/12/06-07. 29^{èmes} Journées des Économistes de la Santé Français, 2007.
- **ROUSSET (G)**, *Le patient et le système de santé au prisme du consumérisme : résistance ou participation ? Colloque international « Consommation et résistance(s) des consommateurs » organisé par l'Université Paris 12 et l'Agence nationale de la recherche*, Paris, 2008.
- **TELLIER (N), LEO (M)**, *Démographie médicale, répartition des médecins sur le territoire*, Présentation des résultats de l'enquête en CPAM. Enjeux pour l'accès aux soins et la sécurité des usagers. Journée d'action CISS-FNATH-UNAF contre les déserts médicaux du 17 novembre 2010.

- **TERRIER (C)**, *Mirabelle*, Communication présentée aux secondes journées internationales, analyse des données et informatique, Versailles, 16 octobre 1979.
- **TOURAINÉ (M)**, *Présentation du pacte de confiance à l'hôpital*, Discours, 4 mars 2013.
- **VANDANGEON-DERUMEZ (I)**, *Changement prescrit et changement construit: la conduite des processus de changement et les logiques d'actions sous-jacentes*. Actes de la VIIIème Conférence de l'AIMS (Association Internationale de Management Stratégique) - du 26 au 28 Mai 1999 - Chatenay-Malabry.

<http://www.strategie-aims.com/events/conferences/15-viiieme-conference-de-l-aims/themes>.
- **VIALLA (F)**, *Les évolutions du secours à personnes : enjeux et responsabilités. La responsabilité juridique des acteurs de la santé*. 16 mai 2012.
- **VIALLA (F)**, *Hier, aujourd'hui et demain : quel sens donner au service public hospitalier*, Journée du 15 mars 2013.
- **VIGNERON (E)**, *L'opportunité du projet de service. Analyse territoriale des besoins de santé au travail*, Acte journées santé Travail du CISME (Centre Interservices de Santé et de Médecine du travail en Entreprise). Tome 1 – 2011. Session 1, 2011.

C) Articles - Revue

1- Revue Droit et santé

- **BOURRET (R), DEBOST (C), MARTINEZ (E), VIALLA (F)**, *La télémédecine, lecture contingente d'un cadre juridique invariant*. Revue droit & santé n° 58.
- **DEBOST (C)**,
 - *La télémédecine - Volet 1 : Présentation générale : définition et cadre normatif applicable*. Revue droit & santé n° 42. p. 466 à 470.

- *La télémédecine - Volet 2 : Téléconsultation et téléexpertise encadrées par le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010*. Revue droit & santé n° 43. p. 581 à 583.
- *La télémédecine - Volet n° 3 : Télésurveillance médicale et téléassistance médicale à l'aune du décret du 19 octobre 2010*. Revue droit & santé n° 44. p. 715 à 718.
- *La télémédecine*. Revue droit & santé n° 45. p. 161 à 164.
- **MACÉ (J.-M)**, *Répercussion du vieillissement de la population sur la démographie médicale*. Revue droit & santé, Hors-série, n°50.
- **VIALLA (F)**,
 - *Retour à Costedoat*, Revue Droit et santé, 2007, n°20, p. 730.
 - *Subordination ou indépendance*, Revue Droit et santé, mars 2005, n°4, p. 103.

Revue Générale de Droit Médical

- **G. MÉMETEAU**, *La codification de l'acte médical*, Revue générale de droit médical, n°23, 2007, p. 128.
- **VIALLA (F)**, *La faute d'humanisme*, Revue générale de droit médical, numéro spécial 2013, Dix ans d'application de la loi Kouchner, p. 63.

Revue Droit social

- **ANTONMATTEI (P.-H)**,
 - *L'accord de groupe*, Dr. soc. n°1 janv. 2008 p. 57.
 - *La consécration législative de la convention et de l'accord de groupe, satisfaction et interrogations*, Dr. soc. 2004, p. 601.
- **AUBY (J.M)**, *Réflexions sur les rapports du droit de la fonction publique et du droit du travail au travers du cas du secteur hospitalier*, Dr. soc. 1989, p. 153.
- **AUROUX (J)**, *Un nouveau droit du travail ?*, Droit social, 1983, p. 3.

- **CHALARON (Y)**, *La conduite de la négociation*, Dr. soc. 1990, p. 584.
- **CHASSARD (M.-Y), BOSCO (A)**, *L'émergence du concept d'employabilité*, Dr. soc. 1998, p. 903.
- **DELAMOTTE (Y)**, *L'ANI sur la sécurité de l'emploi du 10 février 1969*, Dr.soc. 1969, p.498.
- **GAUDU (F)**, *Les notions d'emploi en droit*, Dr. soc. 1996, p. 569.
- **GOMEZ-MUSTEL (M.-J)**, *Les enjeux de l'obligation d'adaptation*, Dr. soc. 2004 p. 499.
- **IGALENS (J)**, *Intérêts et limites pour la gestion du personnel*, Droit social n°11, nov. 2007, p. 1077.
- **LEGRAND (H.- J)**, *Sur un objet juridique non identifié, la GPEC*, Droit social, n°3, mars 2006, p.330-333.
- **MOIZARD (N)**, *Le salarié acteur de l'évolution de sa compétence dans l'entreprise*, Dr. soc. juin 2008, p. 695.
- **MORIN (M.-L)**, *Le dualisme de la négociation collective à l'épreuve des réformes : validité et loyauté de la négociation, application et interprétation de l'accord*. Dr soc. n°1 janv. 2008, p. 24.
- **NEAU-LEDUC (C)**, *Les sanctions de la GPEC*, Dr. social, 11 nov. 2007, p. 1084.
- **PEPY (D)**, *Les comités d'entreprise. L'ordonnance du 22 février 1945*, Droit social, 1945, p. 46.
- **RAY (J.-E)**,
 - *Avant-propos, pour des restructurations socialement responsables*, Dr.soc. mars 2006, p. 249 à 259.
 - *Un accord en devenir*, droit social n°3 mars 2008, p. 275.

- **SAVATIER (R), VATINET (R)**, *En marge des affaires de l'amiante : l'obligation de sécurité du salarié*, Dr. soc. 2002, p. 539.
- **SOURIAC-ROTSCHILD (M.-A)**, *Engagements et arrangements sur l'emploi : quelle efficacité juridique ?*, Dr. soc. 1997, p. 1061.
- **SUPIOT (A)**, *Pourquoi un droit du travail?* Dr. soc., 1990.
- **VATINET (R)**, *En marge des affaires de l'amiante: l'obligation de sécurité du salarié* (note sous Cass. soc. 28 février 2002, Deschler c. Textar France) *Droit social*, Paris, n° 5, mai 2002, pp. 533-539.
- **WILLEMS (J.-P)**, *De la professionnalisation au droit de la compétence*, Dr. soc, n°5, mai 2004, p. 509-514.

Dalloz

- **BRUN (P), DELEBECQUE (P)**, *Cass. Ass. Plén., 25 févr. 2000, "Costedoat"*, D. 2000, p. 673.
- **CHABAS (F)**, *Cass. Ire civ., 9 nov. 2004, n°01-17908*, D. 2005, p. 143.
- **DESPAX (M)**, *Les paradoxes de la négociation d'entreprise*, in Mélanges G. LYON-CAEN, D. 1989, p. 267.
- **DREYER (E)**, *La dignité opposée à la personne*, D. 2008, p. 2730.
- **MATHIEU (B)**, *La dignité de la personne humaine : quel droit ? quel titulaire ?*, D. 1996, chron., p. 282.
- **PELISSIER (J)**, *Arrêts Société Pages Jaunes*, cass. soc. 11 janv. 2006, D. 2006, jurisp., p. 1014.
- **PENNEAU (J)**, *Cass. Ire civ., 9 nov. 2004, n°01-17908*, D. 2005, p. 407.
- **SAVATIER (R)**, *Au confluent de deux humanismes: ententes et mésententes entre médecins et juristes*, in *Les métamorphoses économiques et sociales du droit privé d'aujourd'hui*, Seconde série, éd. Dalloz, 1959, p. 234.

- **VACHET (G)**, *La fonction organisationnelle de la convention collective*, Mélanges J. PELISSIER, Dalloz 2004, p.559.
- **VIALLA (F)**, *Bientôt une nouvelle loi relative à la fin de vie*. Dalloz 2013. p. 259.

Semaine Sociale Lamy

- **BAUGMARTEN (C)**, *Les accords de méthode*. Semaine sociale Lamy Supplément, 22 déc. 2008, n°1380, p. 27.
- **BELIER (G), GUEDES DA COSTA (S)**, *GPEC/PSE : deux dispositifs autonomes*, Semaine Sociale Lamy du 22 janv. 2007, p. 8.
- **DOUGADOS (S), PELICIER-LOEVENBRUCK (S)**, *Formation professionnelle, les nouveaux enjeux à l'heure de la flexicurité*, Semaine sociale Lamy, n°1387, 16 fév. 2009, p 3.
- **FAVENNEC-HERY (F)**, *Du droit du licenciement économique au droit de l'employabilité du salarié*, Semaine Sociale Lamy, 22 janv. 2007, n° 1291, p. 3.
- **KESZTENBAUM (G), DODET (A.-L), RAULT (O)**, *La GPEC, une « symphonie inachevée » ?* Jurisprudence Sociale Lamy, 6 octobre 2008, n°241.
- **MAGGI-GERMAIN (N)**, *Formation professionnelle continue et sécurisation des parcours professionnels*, Semaine sociale Lamy Supplément, 7 avril 2008, n° 1348 (numéro spécial sur La sécurisation des parcours professionnels), p. 21 à 25.
- **ROZENBLATT (P)**, *Travail et apories du pouvoir patronal. Un regard sociologique*, Semaine Sociale Lamy, suppl. 11 fév. 2008, n°1340, p.7.

Jurisprudence Sociale Lamy

- **KESZTENBAUM (G), DODET (A.-L), RAULT (O)**, *La GPEC, une « symphonie inachevée » ?* Jurisprudence Sociale Lamy, 6 octobre 2008, n°241.
- **LE COHU (P)**, *Les habits neufs de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences après la loi de programmation pour la cohésion sociale*, Jurisprudence Sociale Lamy, 1^{er} septembre, p.34.

Juris-classeur périodique, édition Générale

- **DUVAL-ARNOULD (D), PORCHY-SIMON (S)**, *Cass. Ire civ.*, 9 nov. 2004, n°01-17908, JCP G 2005, n°7, II, 10020.
- **HARDY (J)**, *T. confl.* 14 févr. 2000, n°00-02929, JCP G 2001, II, 10584.
- **KESSOUS (R), BILLIAU (M)**, *Cass. Ass. Plén.*, 25 févr. 2000, “Costedoat”, JCP G 2000, II, n°10295.
- **VINEY (G)**, *Cass. Ass. Plén.*, 25 févr. 2000, “Costedoat”, JCP G 2000 n°26 241 I p. 1244.

Droit Ouvrier

- **LARDY-PELISSIER (B)**, *Cass. Soc.*, 23 oct. 2007, n°06-40. 950, n°2190 FS-P+B, *Synd. Professionnel UDO c/ Soulies et a.*, Dr. Ouvrier, Mai 2008 pp. 296-298.
- **LYON-CAEN (G)**, *Les fondements historiques et rationnels du droit du travail*, Dr. ouvrier, 1951.

Travail et Emploi

- **BONNECHERE (B)**, *Travail décent et modernisation du droit du travail. Flexicurité et réforme du marché du travail*, Travail et Emploi-113-janvier-avril 2008.
- **LYON-CAEN (G)**, *Le droit et les classifications*, Travail et Emploi n° 38 12/88, p. 21.
- **MINE (M)**, *La loyauté dans le processus de négociation collective d’entreprise*, Travail et Emploi n°84, oct. 2000, p. 48.
- **ROUSSEAU (M)**, *Les pratiques des entreprises en matière d’anticipation des qualifications*, Travail et Emploi, n° 57-2, avril 1993, p. 13.

ADSP (Actualité et Dossier en Santé Publique)

- **CAILLET (R)**, *Les nouveaux outils de la planification sanitaire*, Revue ADSP (Actualité et dossier en santé publique), n°11, juin 1995, p.11.
- **SCHWEYER (F.X)**, *Les médecins aujourd'hui en France - Histoire et démographie médicales - L'essor de la profession médicale en France : dynamiques et ruptures*, ADSP (Actualité et Dossier en Santé Publique), n° 32 septembre 2000, p. 18.

Objectif Soins

- **SCHINDELHOLZ (P)**, « *Savoir-être* » : *décliner le concept*, Objectif soins n°174, p. 22-24.
- **VIAL (M)**, *Le cadre de santé peut-il être le coach de son équipe ?* Objectif soins n°149, octobre 2006, p. 4.

Les Cahiers du DRH

- **FLAMENT (L), BREDON (G)**, *Représentativité syndicale, de la présomption à la représentation*. Les cahiers du DRH, n°147, oct. 2008.
- **NIEL (S)**, *Accord unique égalité, pénibilité, sénior, GPEC*. Les cahiers du DRH, n°181, nov. 2011.

Revue Française de Gestion

- **BOYER (L)**, *Le devenir des métiers*, Revue Française de Gestion, n°140, 2002, pp. 151-168.
- **GILBERT (P)**, *La gestion prévisionnelle des ressources humaines : histoire et perspectives*, Revue Française de Gestion, n°124, Juin-Juillet-Août, 1999.
- **MONTIL (R)**, *La prospective des métiers appliquée à l'entreprise. Pour une approche renouvelée de la Prospective Métier*, Revue Française de Gestion, n°140, 2002.

- **RAULET-CROSET (N)**, *La dimension territoriale des situations de gestion*, *Revue française de gestion*, 2008, n°184, p. 137-150.
- **VANDANGEON-DERUMEZ (I)**,
 - *La dynamique des processus de changement*. *Revue française de gestion*, 1998, n° 120, p. 120-138.
 - *Changement prescrit et changement construit: la conduite des processus de changement et les logiques d'actions sous-jacentes*. <http://www.strategie-aims.com/events/conferences/15-viiieme-conference-de-l-aims/themes>. I.

Soins

- **BURLET (B)**, *L'éducation thérapeutique du patient*, *Soins* n°771, déc. 2012
- **JOVIC (L), LARIBIÈRE (N)**, *Nouveaux besoins en santé et évolution des compétences professionnelles*, *SOINS*, n°735, mai 2009.

L'Espace Géographique

- **FREMONT (A)**,
 - *Les profondeurs des paysages géographiques. Autour d'Ecouves, dans le Parc régional Normandie-Maine*. *L'Espace Géographique*, n°2, 1974, p. 127-136.
 - *Recherches sur l'espace vécu*. *L'Espace Géographique*, n°3-3, 1974, p. 231-238.

Hérodote

- **GIBLIN (B)**, *Santé publique et territoires*, *Hérodote*, n°143, La Découverte, 4^{ème} trimestre 2011. p. 4.
- **LACOSTE (O)**, *Hommes et structures de la santé. De l'importance du terrain à l'heure de la mise en place de la loi HPST*, *Hérodote*, 2011/4 n° 143, p. 33-50. p. 38.

Divers

- **ABHERVE (M)**, *L'instauration de la flexisécurité à la Danoise suppose un dialogue social et constructif*, Revue Alternatives économiques, 13 mai 2012.
- **ABRAHAM (J)**, *Mobilité interne et polyvalence : efficience et création de ressources*, Cahiers du CERMAT-UPRES, IAE de Tours, vol 14, n°88, 2001.
- **ARBOUET (C)**, *Montpellier. La médecine du futur, c'est maintenant*. La gazette de Montpellier, 15 mai 2014.

- **COPIN (J.-Y)**, *À la recherche du temps médical... Attirer et conserver les médecins à l'hôpital public après HPST*, Gestions hospitalières, n°507, juin-juillet 2011, pages 421-423.
- **COURBET (J.-M)**, *Responsabilité médicale et télémedecine*, Urgences, 2011, pp. 253-264.
- **DARRICAU-LUGAT (C)**, *Regards sur la profession médicale en France médiévale (XIIè – XVè)*, Cahiers de recherches médiévales, 61 1999. p. 6-7.
- **DEBOST (C)**, *L'appréhension juridique de la relation de soin au prisme des nouvelles technologies*. Jurisdoctoria n° 8, 2012, p. 117.
- **DE JOUVENEL (H)**, *La démarche prospective. Un bref guide méthodologique*, Revue Futuribles, n°247, novembre, 1999.
- **DIETRICH (A), PARLIER (M)**, *Les accords de GPEC : une technologie visible ?*, Revue de Gestion des Ressources Humaines, n° 66, octobre-décembre 2007, p. 30-42.
- **DUCLLOT (L)**, *Le droit de la bonne pratique. Enquête sur une norme de gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences*, Cahiers philosophiques, n°116, décembre 2008, p.41-45.
- **EGG (C)**, *La gestion anticipatrice des personnels et des emplois*, Actualité de la formation permanente, n°97, 1998.
- **FAURE (G), DAURY-FAUVEAU (M), REVAUX ESTELLE (E), JAMAY (F), CALLIES (I), GUERLIN (G), MANOUIL (C), MULLER-QUOY (I)**, *Cass. 1re civ., 9 nov. 2004, n°01-1790, LPA, 20 février 2006, n°36*.
- **GALANT (M.-O)**, *LMD, Evolution ou révolution ? L'universalisation de la formation en soins infirmiers en France*. Info CEFIEC (Comité d'Entente des Formations Infirmières Et Cadres), n°15, Mai 2008, p. 8.
- **GIRAUD (S), QUENTIER (F)**, *La GPEC*, Action juridique, n° 184, mai-juin 2007, p. 20.

- **GUGAST (C)**, *La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences : une autre vision du statut*. Les cahiers hospitaliers, n°280, juil. Août 2011.
- **GUIGUE (M)**, *Autour du mot « pratique »*. Recherche et formation, n°27, 1998. p. 115-122.
- **HATEM (F), CAZES (B), ROUBELAT (F)**, *La prospective Pratiques et Méthodes*, Economica. 1993.
- **HEBERT (R)**, *La transition démographique. De l'hospitalo-centrisme vers les soins à domicile, une transition nécessaire du système de santé*. Santé, Société et Solidarité. 2006, Vol. 5, n°1. pp. 17-19.
- **HESKEEN (W)**, *Le caring est-il prendre soin ?* Revue *Perspective soignante*, éd. ARSLAN, Paris 1999, n°4, p. 2-3.
- **JOURDAIN (P)**, *Cass. Ire civ., 9 nov. 2004, n°01-1790*, RTD civ., 2005, p. 143.
- **KESSOUS (R), PONROY**, *Cass. Ass. Plén., 25 févr. 2000, "Costedoat"*, BICC 15 avril 2000.
- **LANOTTE (P)**, *Histoire des origines des hôpitaux de Reims, Histoire des sciences médicales*, Tome XXXIV, n°4, 2000, p. 331-342.
- **LAUGIER (S)**, *Le care : Enjeux politiques d'une éthique féministe*. Raison publique, n°6, avril 2007, pp. 29-47.
- **LE BOTERF (G)**, *De quel concept de compétence avons-nous besoin ? Dossier – Les compétences, de l'individuel au collectif*. Soins cadres n°41. Fév. 2002. p. 2.
- **LE COHU (P), MIR (J.-M)**, *La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*, Liaison sociale, juin 2008.
- **LE PEN (C)**, *Décentralisation, déconcentration, territorialisation, ou nationalisation?* La lettre du Collège - Collège des économistes de la santé. Décembre 2009, n°4, 20ème année.

- **LEVRA Y (N)**, *L'usager citoyen au centre de l'action sociale*, La Gazette Santé Sociale, n°73, avril 2011.
- **MACÉ (J.-M)**,
 - *La notion de territoire comme outil de planification sanitaire*, Regards, n°31, janvier 2007.
 - *Répercussion du vieillissement de la population sur la démographie médicale*, Droite santé, hors-série n°50, juillet 2013
- **MANDON (N)**, *Analyse des emplois et gestion anticipée des compétences*, CEREQ, in Bref, n°57, septembre 1990, 4 p.
- **MATILLON (Y), LE BŒUF (D)**, *Métiers de la santé – Evaluation des compétences – Essai d'analyse en France et sur le plan international*, Revue Hospitalière de France, Août 2005, p. 56-59.
- **MAUDUIT (L)**, *Recrutement en santé : le casse-tête des établissements*. Le quotidien du médecin.fr. <http://www.lequotidiendumedecin.fr/print/140441>.
- **MEDA (D)**, *Post-face : la flexicurité peut-elle encore constituer une ambition pour l'Europe ?*, Formation emploi 1-2011, n°113, p. 97-109.
- **MILET (L)**, *La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*, RPDS n°747, juil. 2007, p. 233.
- **MOLINIER (P)**, *Le care : ambivalences et indécences*, Revue Sciences Humaines, n° 177, décembre 2006.
- **MOSSE (P), PARADEISE (C)**, *Restructurations de l'hôpital ; recompositions des hôpitaux*, Revue française des affaires sociales n°3, juil.-sept. 2003, p. 141-155.
- **MOTTIN (J)**, *Les comités d'entreprise*. Etude de l'ordonnance du 22 février 1945, JCP, 1945, I, 470.
- **PARLIER (M)**, *La construction des parcours professionnels : Editorial*, Education Permanente, 2009, n° 181-4, p. 5-10.

- **PELLERIN (D)**, *Médecine du XXI siècle : consumérisme ou humanisme ?* Bull. Acad. Sc. et Lettres de Montpellier, 2000, T. 31.
- **PELJAK (D)**, *L'Etat des Prévisions de recettes et de Dépenses (EPRD)*, Editions LEH, mars 2006.
- **PHILIPPE (D), CAUNEAU (J.M)**, *Les statuts de la faculté de médecine d'Angers (1483-1574)*, Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest, année 1999. Volume 106, N°106-4, p. 35.
- **QUINTIN (J)**, *Santé : Savoir être présent auprès des patients*, 10 mai 2013. <http://www.usherbrooke.ca/medias/communiques/communiques-details/c/21931/>.
- **RACINE (J.-B)**, *Bien-être et justice socio-spatiale : vers une géographie de la pertinence sociale*. In: Espace géographique. Tome 13 n°1, 1984. pp. 72-78. p. 72.
- **RADÉ (C)**, *Un nouveau pas en avant pour le licenciement économique fondé sur la sauvegarde de la compétitivité des entreprises*, Lexbase Hebdo n° 198 du 19 janvier 2006 - édition sociale.
- **REYNAUD (J.-D)**, *Le management par les compétences : un essai d'analyse*, Sociologie du travail, 2001, vol. 43, n°1, pp. 7-31.
- **ROJOT (J), MERCK (B)**, *La gestion prévisionnelle des ressources humaines, beaucoup de promesses peu d'utilisateurs*. Perspectives de l'entreprise et recherche en GRH, Paris, 1990.
- **RINALDI (F)**, *Cass. Ass. Plén., 25 févr. 2000, "Costedoat"*, Gaz. Pal, 2000. 2 1426.
- **SAVATIER (R)**, *Les aspects économiques du droit privé Français au milieu du XXème siècle*. *Revue économique*, 1953, vol. 4, n°1, p. 117.
- **SCHWEYER (F.X)**, *L'hôpital sous tension*, La santé, un enjeu de société, Hors-série N° 48 - Mars - Avril - Mai 2005.
- **TABUTEAU (D)**, *Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) : des interrogations pour demain !*, Santé Publique, 2010/1 Vol. 22, 160 p.

- **TALLARD (M)**, *L'introduction de la notion de compétence dans les grilles de classification : genèse et évolution*, Sociétés contemporaines, 2001, n° 41-42, p. 159-187.
- **THAMAIN (J.-L)**, *Anticiper en GRH, prévision et prospective, un diagnostic des pratiques et des représentations*, Management Prospective Edition, Revue management et avenir, 2009/5 - n° 25, pp. 272-289.
- **TONNELIER (F)**, *Géographie des soins, géographie économique, études de divers contours géographiques en France*, Paris, CREDES, n°850, 1990.
- **TONNELIER (F), ANDREANI (S), MIZRAHI (A)**, *Disparités géographiques en économie de la santé*, *World Health statistics Quaterly*, n°4, 1987, pp. 304-312.
- **TOURMEN (C)**, *Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion*, Santé Publique, 2007/hors série Vol. 19, p. 15-20.
- **TRUCHET (D)**, *Le médecin dans l'hôpital public en France*, RID comp.; 1987, n° spéc. p. 279.
- **VIGNERON (E)**, *La géographie de la santé: un agenda qui se précise*, *In espace, populations, sociétés*, 1995-1. La géographie de la santé en question. pp. 31-41.
- **VIGNERON (E)**, *Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français*, Les Tribunes de la santé, 2013/1 n° 38, p. 41-53.
- **WESTERMANN (A), TERRIER (R), CHOUKROUN (M)**, *RT Consulting, l'informatique décisionnelle au service de l'hôpital*. Technologies et innovations hospitalières, déc. 2009, p. 14.

D) Articles - Presse

- **AUGUSTE (O)**, *De nouveaux métiers de santé pour épauler les médecins*. 2 fév. 2011.

<http://sante.lefigaro.fr/actualite/2011/02/02/10712-nouveaux-metiers-sante-pour-epauler-medecins>.

- **BARON (X)**, *Négociation GPEC : La « gestion anticipative » n'est pas exclusive de la prévention de l'emploi*. AEF info, dépêche n° 104387, 12 novembre 2008.
- **BARUCH (J), CLAVREUL (L)**, *Les médecins retraités et étrangers de plus en plus nombreux*. http://www.lemonde.fr/societe/article/2013/06/05/medecins-retraites-et-diplomes-etrangers-contribuent-a-augmenter-le-nombre-de-medecins-recenses_3423919_3224.html.
- **BETTATI (M)**, *Le devoir d'assistance à peuples en danger*. Le Monde diplomatique, avril 1980. <http://www.monde-diplomatique.fr/1980/04/BETTATI/35531>.
- **BETTI-CUSSO (M)**, *Médecin : le malaise persiste*. Le figaro.fr. 17-09-2011. <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2011/09/17/16307-medecins-malaise-persiste>.
- **CATANAS (M)**, *Le care, une notion qui difficilement fait son chemin*. <http://cadredesante.com/spip/profession/profession-cadre/article/le-care-une-notion-qui.html>.
- **CEREQ**, *Créativité et innovation dans les territoires : une stratégie d'avenir?* Sous la direction de Stéphane MICHUN. 5ème université d'été « *Emploi, Compétences et Territoires* ». RELIEF 38, juillet 2012.
- **CHAUVANCY (M.-C)**, *Faisant Fonction de cadres de santé : professionnels en situation précaire*. <http://www.carnetsdesante.fr/Faisant-Fonction-de-cadres-de>.
- **CHAUVANCY (M.-C)**, « *Faisant fonction* » : vers une politique vertueuse ou une pérennisation par défaut ? <http://www.infirmiers.com/pdf/faisant-fonction.pdf>.
- **CHEBANA (M), GESLIN (L)**, *La valse européenne des médecins*, Le monde diplomatique, mai 2011.
<http://www.monde-diplomatique.fr/2011/05/CHEBANA/20448>.

- **DIALOGUE, FHP Languedoc-Roussillon**, *L'emploi, préoccupation majeure des cliniques privées du LR*. DIALOGUE, le bulletin d'information de la FHP-LR aux salariés. Décembre 2008, n°4. p. 1.
- **Gènéthique**, *Intéressement collectif à l'hôpital, dans l'intérêt des patients?* Synthèse de presse quotidienne du 31 janvier 2013. Le Quotidien du Médecin (Anne Bayle-Iniguez) 31/01/2013 - economiematin.fr 30/01/2013.
- **HALLER (C)**, *Faisant fonction de cadre de santé : avantages et limites d'un rôle mal reconnu*. 19 août 2004. www.cadredesante.com.
- **HOSPIMEDIA**,
 - *Les syndicats de directeurs s'inquiètent de l'absence de gestion prévisionnelle de leurs corps*, 27 juin 2014.

<http://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20140627-ressources-humaines-les-syndicats-de-directeurs-s-inquietent>.
 - *Un colloque cherche des pistes pour recruter des personnels de santé*, GERVAIS (J.-B),

<http://www.fhf.fr/Actualites/Management-durable-RSE/Attractivite/Un-colloque-cherche-des-pistes-pour-recruter-des-personnels-de-sante>.
- **LAURENT (S)**, *La « société du care » de Martine Aubry fait débat*. Le Monde.fr. http://www.lemonde.fr/politique/article/2010/05/14/la-societe-du-care-de-martine-aubry-fait-debat_1351784_823448.html.
- **MARTINEAU (C)**, *Le métier de médecin : « Pour un exercice scientifique vertueux »*, in Le quotidien du médecin. <http://www.agis.fr/?p=206>.
- **PEREZ (M)**, *À l'étranger, des infirmières praticiennes délivrent des soins ciblés*. 2fév. 2011. <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2011/02/02/10711-letranger-infirmieres-praticiennes-delivrent-soins-cibles>.
- **PHANEUF (M)**, *Quelques repères pour évaluer les attitudes et comportements professionnels en soin infirmier*. Infiressources, août 2010, p. 9.

http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Quelques_reperes_pour_evaluer_attitudes_et_comportements_en_soins_infirmiers.pdf.

- **PROFIT (T)**, *GPEC : de l'incitation-concertation à l'obligation-sanction*, 2004, <http://www.e-rh.org>.
- **RUFFIN (F)**, *Une définition de la compétence professionnelle*. <http://www.cadredesante.com/spip/profession/pedagogie/Une-definition-de-la-competence.html>.
- **SANS-CHAGRIN (M.-P), LECOQ (J.-L)**, *Construire ensemble des projets de territoire*. Ateliers, 57. escales.enfa.fr/files/2009/06/56.pdf.
- **TABUTEAU (D), FAVEREAU (E)**, *Entre médecins et Etat, une méfiance ancestrale*. http://www.liberation.fr/societe/2014/01/10/entre-medecins-et-etat-une-mefiance-ancestrale_971958
- **TEYSSENDIER (L)**, *Licencier en prévision des difficultés économiques : Les arrêts « Pages jaunes »*, 29 juin 2006.
<http://www.village-justice.com/articles/Licencier-prevision-difficultes2037.html>.

E) Sites internet

- www.ars.sante.fr/
- www.datar.gouv.fr
- www.insee.fr
- www.irdes.fr/
- www.legifrance.gouv.fr

- **FEHAP**, *Fiches pratiques relatives à la formation professionnelles. Le plan de formation.*

http://www.fehap.fr/DATA/15_1_2012_16_35_46_plan%20de%20formation%203.pdf.

- **FEHAP**, *Fiches pratiques relatives à la gestion des ressources humaines, L'évaluation des salariés.*

http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/evaluation_des_salaries.pdf.

- **FEHAP**, *Modèles d'accords GPEC.*

http://www.fehap.fr/DATA/19_4_2010_11_26_37_accordgpec.pdf.

Index alphabétique

(Les numéros renvoient aux paragraphes)

A

Accès aux soins : 853 et s.

Analyse actuelle :

- des effectifs : 615 et s.
- des compétences : 620 et s.

Analyse prévisionnelle :

- des effectifs : 629 et s.
- des compétences : 643 et s.

B

Bassin de santé : 881 et s.

Bassin de vie : 795.

Bien-être : 910 et s. 923.

Board : 602.

C

Care : 695 et s.

Certification : 532-536.

Cure : 689 et s. 697.

Changement : 209. 212 et s.

Charité : 21-24. 27.

Chirurgie vasculaire : 898.

Compétence (Définition): 168 et s. 595 et s.

Compétence médicale (Evolution): 29 et s.

Consumérisme : 260 et s.

Contrainte juridique : 90-95. 498.

Contentieux : 295 et s. 393 et s. 442 et s.

Coopération : 246 et s.

D

Démarche :

- territoriale :762 et s. 783 et s.
- partenariale :802 et s.

Démographie médicale : 897 et s.

Dénonciation (Convention collective) : 456 et s.

Développement professionnel continu : 230 et s.

Dialogue social : 215 et s.

Diagnostic territorial : 864 et s.

Dignité : 503 et s. 694 et s.

Directeur des ressources humaines (DRH) : 669-673.

Dossier médical partagé : 928.

E

Entretien d'évaluation : 676 et s.

Equité : 910 et s.

Etablissement de santé : 4. 70-72.

Evaluation des compétences : 596 et s.

Evaluation des pratiques professionnelles : 230 et s.

F

Flexicurité : 210.

Formation médicale continue : 231 et s.

G

Gestion des ressources humaines : 49-50. 281 et s.

Géographie de la santé : 60-64. 853 et s.

Géographie Prévisionnelle des Emplois et des Compétences : 853 et s.

I

Information-consultation du CE : 339 et s. 384 et s.

J

Justice sociale : 910 et s.

L

Loi Borloo : 130 et s. 139 et s.

M

Métier : 184 et s.

Mirabel : 792, 881.

N

Négociation : 301 et s. 334 et s.

O

Observatoire nationale des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière : 583.

Opportunité : 506 et s.

P

Plan d'action GPEC : 645 et s.

Plan de Sauvegarde de l'Emploi (PSE) : 470 et s.

Q

Qualification : 100 et s. 153 et s.

Qualité des soins : 560 et s. 572 et s.

Qualité de vie au travail : 565 et s. 572 et s.

R

Répertoire des métiers : 583 et s.

Ressources humaines en santé au niveau mondial : 7 et s.

Responsabilisation : 266 et s. 270 et s.

Restructuration : 399 et s. 402 et s. 442 et s.

S

Savoir-être : 685 et s.

Savoir-faire : 604 et s.

Stratégie : 340 et s. 516 et s. 537 et s.

Système d'information : 730 et s.

T

Télémédecine : 721 et s. 737 et s. 929.

Territoire : 768 et s. 783 et s.

Transfert : 444 et s.

Tutelle : 424-430. 526.

Table des matières

Sommaire	4
Introduction	10
Section 1. Le contexte international et historique	12
§1 - Le Contexte international : Problématique des ressources humaines en santé au niveau mondial.....	12
§2- Contexte historique	15
I- Evolution des lieux d’implantation des structures médiévales.....	17
II- Evolution de la profession et de la compétence médicale.....	20
III- Naissance de la GPEC au sens moderne du terme.....	24
Section 2 – Regards croisés sur la GPEC	28
§1- Regards croisés des gestionnaires en ressources humaines et des juristes en droit du travail.....	29
I- Regard des gestionnaires en ressources humaines.....	29
II- Regard des juristes en droit social.....	29
§2- Regards croisés des géographes de la santé et des juristes en droit de la santé	34
I- Regard des géographes de la santé	34
II- Regard des juristes en droit de la santé	35
Section 3 – Présentation de l’étude	38
Première partie- La GPEC, une contrainte juridique pour l’établissement de santé	42
Titre premier- Une contrainte juridique à la qualification aux contours incertains	45
Chapitre premier- Une qualification aux contours mal définis	47
Section 1 – Prémices et consécration	48
§1- Les prémices de la GPEC.....	49

I- Les prémices de la GPEC en droit français	49
A- La GPEC, objet de consultation	50
B- La GPEC, source de sanction	52
II- Les prémices de la GPEC en droit social communautaire	54
A- Les directives communautaires	54
B- Les autres outils communautaires	56
§2- La consécration de la GPEC	58
I- La loi BORLOO et l'obligation triennale de négocier	58
II- Les textes postérieurs à la loi BORLOO	61
Conclusion de la section 1	63
Section 2- Controverses et consensus autour de la GPEC	64
§1- Controverses quant à la définition de la GPEC et des concepts associés	65
I- Controverses quant à la définition de la GPEC	65
A- Une notion mal définie.....	65
B- ... source de paradoxes.....	71
II- Controverse quant à la définition des compétences, des métiers et des professions	73
A- Le concept de compétence	73
B- Les concepts de métier et profession.....	79
§2- Consensus autour de la GPEC	84
Conclusion de la section 2.....	86
Conclusion du chapitre.....	87
Chapitre second- Une démarche d'anticipation au cœur du changement	88
Section 1- Une démarche d'anticipation au cœur du changement pour l'établissement de santé	91
§ 1- Les changements dans l'environnement législatif et économique.....	91
I- Les changements dans l'environnement législatif.....	92
A- En termes de formation professionnelle et de dialogue social	92

B- En termes de développement de la qualité	99
II- Les changements dans l'environnement économique	104
A- La maîtrise des coûts de santé.....	104
B- L'invitation aux groupements	105
§2- Les changements dans l'environnement sociétal	107
I- L'évolution des métiers de la santé	107
A- L'impact des évolutions démographiques sur les métiers de la santé.....	107
B- L'impact des évolutions technologiques sur les métiers de la santé	110
II- L'évolution des publics et des attentes des usagers	112
Conclusion Section 1	113
Section 2- Une démarche d'anticipation au cœur du changement pour les ressources	
humaines	114
§1- Une démarche d'anticipation nécessaire pour les RH	115
I- La responsabilisation du professionnel, acteur de la démarche.....	115
II- La portée juridique de cette responsabilisation	118
A- En matière de droit à la formation.....	118
B- En matière de contrat de travail.....	120
§2- Une démarche d'anticipation nécessaire pour la politique de GRH	122
Conclusion Section 2.....	125
Conclusion chapitre.....	126
Conclusion du Titre premier	127
Titre second- Une contrainte juridique source de contentieux	128
Chapitre premier- La GPEC et le contentieux de la négociation	130
Section1- Le déroulement de la négociation.....	131
§1- Le périmètre de l'obligation de négocier	131
I- Le niveau de négociation.....	132
A- L'entreprise	132

B- La branche	136
II- Détermination des parties à la négociation	137
A- Etablissement avec Délégué Syndical (DS)	137
B- Etablissements dépourvus de Délégués Syndicaux	140
§2- Les conditions de régularité de la négociation	141
I- Les conditions légales de la négociation	142
A- La loyauté de la négociation	142
B- La légalité de l'accord	143
II- Les conditions financières	145
Conclusion Section 1	146
Section 2- Le contenu de la négociation	147
§1- Les thèmes obligatoires	148
I- L'information-consultation du CE sur la stratégie de l'entreprise	149
A- Définition de la stratégie de l'entreprise	149
B- Les effets prévisibles sur l'emploi et les salaires de la stratégie	152
II- La mise en place d'un dispositif GPEC	153
III- Les mesures d'accompagnement susceptibles d'être associées à la GPEC	157
IV- Accès et maintien dans l'emploi des salariés âgés	161
§2- Les thèmes facultatifs	162
I- Les modalités d'information-consultation du CE applicables lorsque l'employeur projette de prononcer le licenciement économique d'au moins dix salariés dans une même période de trente jours	163
II- Le congé de mobilité	165
III- Les catégories d'emplois menacés par les évolutions technologiques ou économiques .	165
IV- Revitalisation des bassins d'emploi	166
Conclusion Section 2	166
Conclusion Chapitre	167
Chapitre second- La GPEC et le contentieux des restructurations	168

Section 1- Articulation entre GPEC et restructuration dans le champ de la santé	169
§1- Les restructurations du champ de la santé	170
I- Un mouvement général de restructuration impulsé par la loi HPST	170
A- Définition juridique des restructurations.....	171
B- Les dispositifs de coopération mis en œuvre par la loi HPST	173
II- Les facteurs de restructurations.....	175
§2- La tutelle, lien d’articulation entre GPEC et restructuration	179
I- L’élaboration de la GPEC au sein d’une économie planifiée.....	179
II-L’analyse démographique, outil d’élaboration de la GPEC au sein d’une économie planifiée	181
Conclusion Section 1	185
Section 2- Articulation contentieuse entre GPEC et restructuration	186
§1- Articulation contentieuse quant au statut juridique des professionnels	186
I- Articulation contentieuse quant au statut individuel	186
II- Articulation contentieuse quant au statut collectif	191
§2- Articulation contentieuse quant à la procédure de licenciement économique	197
I- Le caractère distinct et autonome de la GPEC et du PSE.....	198
A- L’affirmation du caractère distinct et autonome des deux obligations par la jurisprudence	198
B- La fin d’un contentieux jurisprudentiel et doctrinal.....	200
1- Contentieux quant à l’effectivité de l’obligation triennale	200
2- Contentieux quant au caractère préalable de l’obligation triennale	201
II-Les sanctions de la GPEC	204
Conclusion Section 2.....	207
Conclusion Chapitre.....	207
Conclusion Titre second.....	208
Conclusion Partie I.....	209

Seconde partie- La GPEC, une opportunité stratégique pour l'établissement et le territoire de santé	210
Titre premier- Une opportunité stratégique au niveau de l'établissement de santé	213
Chapitre premier- Une démarche stratégique visant à améliorer la qualité du service rendu aux personnes	215
Section 1- Une démarche stratégique	216
§1- Une démarche stratégique « <i>non autonome</i> »	217
I- Une démarche stratégique.....	217
II- Une démarche « <i>non autonome</i> »	219
A- Une démarche orientée par la tutelle.....	219
B- Une démarche incitée par la certification des établissements	221
§2- Une démarche stratégique « <i>sur mesure</i> »	223
I- Une démarche stratégique conforme aux orientations du volet social du projet d'établissement.....	224
II- Une démarche stratégique adaptée à l'institution.....	228
Conclusion Section 1	231
Section 2- Une démarche visant à améliorer la qualité du service rendu aux personnes	231
§1- Une démarche concourant à la qualité de prise en charge du patient	232
I- Corrélation entre GPEC et qualité de vie au travail	233
II- Corrélation entre qualité de vie au travail et qualité des soins	235
§2- Les outils concourant à la qualité de prise en charge du patient.....	240
I- La cartographie des métiers	240
II- La cartographie des compétences.....	246
Conclusion Section 2.....	251
Conclusion chapitre.....	251
Chapitre second- Une démarche stratégique au savoir-faire ambivalent.....	252
Section 1- Un savoir-faire méthodologique	254

§1- De l'analyse actuelle à l'analyse prévisionnelle des ressources humaines	254
I- Analyse de l'existant.....	255
A- Analyse « <i>actuelle</i> » des effectifs.....	255
B- Analyse « <i>actuelle</i> » des compétences	257
II- Analyse prévisionnelle	260
A- Analyse prévisionnelle des effectifs.....	260
B- Analyse prévisionnelle des compétences	266
§2- Le plan d'action GPEC.....	267
Conclusion Section 1.....	274
Section 2- Un savoir-faire empirique.....	275
§1- Une démarche participative	276
I- La place centrale du DRH.....	276
II- La place stratégique du cadre	278
A-L'entretien d'évaluation : un temps d'échange et de communication mené par le cadre évaluateur	278
B- L'évaluation du savoir-être au cours de l'entretien.....	283
§2- Une démarche réflexive	290
I- Une démarche questionnant l'hôpital de demain	291
II-. Hypothèse d'une démarche GPEC anticipant le développement des nouvelles technologies	296
A- Hypothèse d'une GPEC anticipant le développement des systèmes d'information	297
B- Hypothèse d'une GPEC anticipant le développement de la télémédecine.....	300
Conclusion Section 2.....	306
Conclusion Chapitre.....	306
Conclusion Titre I.....	308
Titre second- Une opportunité stratégique au niveau du territoire de santé	309
Chapitre premier- La GPEC Territoriale, une démarche subsidiaire territoriale et partenariale.....	311

Section 1- Une démarche territoriale.....	312
§1- Une démarche territoriale opportune	312
I- Ecueils de la GPEC et opportunité du cadre territorial.....	312
A- Les écueils de la GPEC traditionnelle.....	313
B- L'opportunité du cadre territorial.....	314
II- Une démarche territoriale encore expérimentale.....	316
§2- Détermination du territoire pertinent	318
Conclusion section 1	324
Section 2- Une démarche partenariale	325
§1- Une gouvernance partenariale.....	325
I- Une démarche prescrite par l'ARS.....	326
II- Une démarche co-construite par les acteurs	328
§2- Exemple de GPECT en Languedoc-Roussillon	331
I- Contexte régional.....	331
II- Une démarche répondant aux besoins régionaux	334
Conclusion Section 2.....	337
Conclusion chapitre.....	337
Chapitre second- La GPEC Territoriale, une « géographie » prévisionnelle des emplois et des compétences.....	338
Section 1- Articulation entre GPECT et géographie de la santé.....	339
§1- La géographie de la santé: un outil de diagnostic des inégalités d'aujourd'hui	340
I- La géographie de la santé : un outil de diagnostic territorial.....	340
II- Une méthode diagnostic consubstantielle la GPECT	344
§2- La géographie de la santé : un outil d'anticipation des inégalités de demain.	352
I- Un outil d'anticipation des inégalités liées à l'allongement de la durée de vie	353
II- Un outil d'anticipation des inégalités liées à la démographie médicale.....	356
A- Un outil d'anticipation quant à l'évolution des disciplines et spécialités médicales ou chirurgicales : l'exemple de la chirurgie vasculaire	357

B- Un outil d’anticipation quant à l’évolution comportementale des jeunes médecins	358
Conclusion section 1	361
Section 2- Articulation entre GPECT et géographie du bien-être	362
§1- La GPECT, une démarche au service du bien-être	362
§2- La GPECT, une démarche « <i>force de proposition</i> » en termes de bien-être.....	368
I- La télésanté: « <i>un atout au service du bien-être</i> »	369
II- Les collectivités territoriales: un partenariat au service du bien-être.....	371
Conclusion Section 2.....	373
Conclusion du chapitre.....	374
Conclusion Titre II	375
Conclusion Partie II.....	376
Conclusion générale	377
Bibliographie.....	379
Index alphabétique	418

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le

Le Président de l'Université Montpellier I
Philippe AUGE